



2011



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Da faculdade ao consultório:
determinantes da medicalização do
sofrimento na prática médica

Cristiana Martins Alzamora

2011



2011



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Da faculdade ao consultório: determinantes da medicalização do sofrimento na prática médica

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Quintais (Universidade de Coimbra)

Cristiana Martins Alzamora

2011

SUMÁRIO

RESUMO	II
ABSTRACT	III
PALAVRAS-CHAVE	IV
KEY-WORDS	V
AGRADECIMENTOS	VI
1) INTRODUÇÃO	
1.1) Motivação do Estudo	01
1.2) Importância do Tema	04
1.3) Objetivos	05
1.4) Hipóteses	05
2) METODOLOGIA	
2.1) Tipo de Estudo	06
2.2) Local e Momento do Estudo	08
2.3) Participantes	08
2.4) Coleta de Dados	08
3) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
3.1) A Biomedicina	10
3.2) A Medicalização Social	15
3.3) O Adoecimento: do natural para o cultural	20
3.4) Do Sofrimento à Depressão: uma questão cultural	23
3.5) Para a Solução de Conflitos	26
4) A FORMAÇÃO MÉDICA	30
5) A PRÁTICA MÉDICA	43
6) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
6.1) Sobre a Metodologia	57
6.2) Sobre a Consulta Médica	60
7) CONCLUSÃO	65
BIBLIOGRAFIA	68
APÊNDICE I	73

RESUMO

A consulta clínica é marcada por uma tensão estruturante que surge das incertezas da prática médica, do conflito entre o saber e o fazer. A formação médica pautada no modelo biomédico determinaria uma dificuldade em lidar com os pacientes cujas queixas não possuem uma base biológica e refletem o sofrimento associado a vivências problemáticas, o que poderia determinar a medicalização do sofrimento. O estudo teve por objetivo analisar fatores que interferem na relação médico-paciente e de que forma participariam na medicalização do sofrimento, além de tentar propor atitudes por parte dos médicos que levem a uma melhor relação médico-paciente. Foram levantadas as hipóteses de que a formação médica influencia a conduta do médico no sentido da medicalização do sofrimento; a não concordância entre a percepção do paciente sobre seus sintomas e a interpretação do médico sobre esses contribui para a medicalização do sofrimento; e o contexto da consulta médica pode influenciar o processo de medicalização do sofrimento. O trabalho de campo foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar na região do Ribatejo. Optou-se pela metodologia qualitativa por permitir observar, descrever e interpretar um fenômeno na forma como esse se apresenta, sem tentar controlá-lo, possibilitando obter informações sobre a interação médico e paciente e os conflitos e negociações presentes no momento da consulta. A medicalização do sofrimento pode resultar do despreparo médico em abordar questões que fogem da perspectiva biológica, consequência da formação que privilegia os aspectos técnicos e científicos, em detrimento da dimensão relacional e humana. O médico deve manter uma postura crítica e responsável, investindo na aquisição conhecimentos técnicos e, principalmente, em saberes que ampliem sua compreensão do homem e da sociedade. A troca de experiências e a discussão dos problemas corriqueiros são formas dos profissionais construir um conhecimento fundamentado no contexto local e de encontrarem soluções para conflitos vividos tanto a nível individual, quanto coletivo. A antropologia, ao ser usada na negociação de conflitos que surgem na prática médica, permite a aplicação de preceitos éticos sem ignorar a realidade e perspectivas do paciente.

ABSTRACT

The clinic consultation marked by a structural tension arises from the uncertainties of medical practice, the conflict between knowing and doing. Medical education based on the biomedical model determines difficulties in dealing with patients and those complaints that do not have biological basis and reflect the suffering associated with problematic experiences. This study aimed to analyze factors that affect the doctor-patient relationship and how they participate in the medicalization of suffering, besides trying to propose actions by physicians that improve the doctor-patient relationship. We raised the hypothesis that medical education influences the performance of the physician towards the medicalization of suffering; the disagreement between the patients' perception of the symptoms and the doctor's interpretation of these symptoms contributes to the medicalization of suffering; and the context of medical consultation may influence the process of medicalization of suffering. The fieldwork was conducted in a Family Health Unit in the Ribatejo region. We opted for a qualitative methodology because it allows to observe, describe and interpret a phenomenon, without attempting to control it. The fieldwork provided information about the interaction between doctor and patient and the conflicts and negotiations found in medical practice. The medicalization of suffering may be a result of the unpreparedness of the physician in addressing issues that are beyond the biological perspective. It could be a result of education focuses on the technical and scientific to the detriment of human and relational dimension. The physician should maintain a critical and responsible attitude, acquiring not only technical knowledge but also knowledge that broadens the understanding of man and society. The exchange of experiences and discussion of the problems of everyday life are ways of professionals to build a knowledge based in the local context and find solutions for conflicts experienced both individually and collectively. Anthropology is used in negotiating conflicts arise in medical practice, allows the application of ethical principles without ignoring the reality and patient perspectives.

PALAVRAS-CHAVE

Antropologia média, biomedicina, medicalização da sociedade, ética, relação médico-paciente.

KEY-WORDS

Medical anthropology, biomedicine, medicalization of society, ethics, doctor-patient relationship.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Luís Quintais, agradeço a orientação, a crítica pertinente e os conselhos tranquilizadores.

Aos colegas do mestrado, em especial a Ana Margarida, agradeço as discussões construtivas e o companheirismo.

Aos professores, médicos e pacientes, agradeço os ensinamentos e momentos compartilhados.

1) INTRODUÇÃO

1.1) Motivação do Estudo

O presente trabalho teve como ponto inicial os questionamentos que surgiram nos meus primeiros meses de exercício da medicina. De fevereiro a julho de 2009, trabalhei como médica do Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Francisco Badaró. Localizada no nordeste do estado de Minas Gerais, Brasil, essa cidade possui uma população em torno de 10 mil habitantes e apresenta um índice de pobreza de 61,34% (IBGE, 2003). A região do Vale do Jequitinhonha, na qual está inserida, é caracterizada por populações pobres e predominantemente rurais, baixos índices de escolaridade, altas taxas de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e distribuição etária desigual, com grande proporção de crianças e idosos (Ministério da Integração Nacional, 2010). Os déficits de energia e infraestrutura de produção e transporte, a dificuldade em se implementar articulações comerciais com os centros urbanos e a forte concentração fundiária contribuem para a estagnação social e econômica da região e para a evasão populacional (Ministério da Integração Nacional, 2010). Inserida nesse contexto de iniquidade social, não é de se estranhar que muitos conflitos e angústias – profissionais e pessoais – surgiram ao longo desse período de trabalho.

Aliada às dificuldades presentes no ambiente em que me via inserida estava a minha pouca, ou nenhuma, experiência médica. À responsabilidade perante meus atos como profissional, juntava-se o receio de os conhecimentos obtidos durante a graduação de medicina não serem suficientes para o trabalho. Além da sensação de despreparo técnico, por trabalhar sem ter feito uma especialização médica, também sentia insegurança sobre como lidar com a realidade e o sofrimento do paciente. Ao longo do curso de medicina, tive contato com muitos pacientes e grande parte deles era proveniente de classes sociais menos favorecidas. Apesar de muitas vezes saber das dificuldades econômicas, sociais e familiares que enfrentavam, não tinha contato direto com sua realidade, pois a consulta geralmente se dava num ambiente hospitalar e impessoal. Alguns professores abordaram o assunto em suas aulas, porém esse não era um tema corrente e não fazia parte da grade curricular. Assim, muitas das minhas atitudes perante os paciente foram pautadas em vivências e ensinamentos adquiridos fora do curso de medicina.

Um dos problemas clínicos que mais me afligia era o dos pacientes com sintomas depressivos. Muitos apresentavam queixas como tristeza, choro, anedonia, insônia, desânimo e dores por períodos prolongados, que preenchiam os critérios para diagnosticar um episódio depressivo maior. Além das queixas, alguns pacientes demonstravam o desejo de tomar medicação para dormir, para ansiedade, para tristeza ou para nervosismo. Ao conversar mais com o paciente, geralmente percebia que suas queixas estavam relacionadas a situações difíceis de vida, como uma trajetória problemática, família desestruturada, falta de apoio social, problemas econômicos ou ausência de perspectivas. Assim, surgia a dúvida sobre até que ponto os sintomas apresentados pelo paciente era devido a uma depressão endógena ou se era uma expressão de descontentamento perante sua condição de vida. Uma das opções disponíveis seria encaminhar o paciente para um psiquiatra, para confirmação do diagnóstico e conseqüente terapêutica. Porém, o paciente teria que esperar algumas semanas para ter a consulta e, caso o psiquiatra confirmasse o diagnóstico e receitasse um antidepressivo, ele não teria acompanhamento contínuo do psiquiatra e o médico de família seria o responsável pelo seu tratamento. Mesmo que comprovado o diagnóstico, dúvidas surgiam sobre a eficácia do tratamento medicamentoso, pois o contexto problemático do paciente permaneceria o mesmo. Além disso, outras conseqüências poderiam ter o uso de antidepressivo, como surgimento de efeitos colaterais, resistência ao tratamento, dependência psicológica, estigmatização e ainda manutenção de problemas pessoais ou familiares.

De acordo com o novo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (2009), perante a responsabilidade profissional, é vedado ao médico: causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência; ou negligência; deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente; e não esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença. Assim, seguindo uma conduta ética, teria que usar todos os meios disponíveis para tentar aliviar o sofrimento do paciente, além de esclarece-lo sobre sua condição. Dessa forma, feito o diagnóstico de episódio depressivo maior, o tratamento com antidepressivo teria que ser instituído, pois diversos estudos comprovam seu efeito terapêutico (Machado-Vieira e Soares, 2007). Outras formas de tratamento não medicamentoso, como a psicoterapia, poderiam ser associadas, já que demonstram resultados positivos em pacientes com depressão (Powell *et al.*, 2008). Porém, o

tratamento da depressão – do sofrimento do paciente – fica muito limitado, num contexto em que o doente só tenha acesso ao médico e aos medicamentos do sistema público de saúde, que não possa ser acompanhado por outros profissionais da saúde, como psicólogo, e que não possua uma rede social de apoio que ofereça condições de lazer e trabalho digno.

Ciente das dificuldades presentes no ambiente de trabalho – recursos técnicos e de pessoal limitados, problemas políticos e econômicos, pobreza e pouco escolaridade da população, falta de estrutura familiar e social, entre outras – e de minhas limitações profissionais e pessoais, percebi que apenas o conhecimento médico adquirido na faculdade não seria suficiente para resolver os conflitos com que me deparava. Para compreender o sofrimento do paciente, de forma a atuar de maneira mais positiva sobre ele, teria que obter um conhecimento mais amplo sobre o universo no qual esse está inserido. Assim, a antropologia médica surgiu como campo capaz de oferecer conhecimentos teóricos e propostas práticas que ampliariam minha visão sobre as relações entre médico e paciente, entre saúde e doença.

De acordo com Lambert (2006), a antropologia médica é geralmente entendida como o estudo da dimensão cultural e social da doença, da saúde e da medicina. Ela possui preocupações únicas com estudos sobre biologia e cultura e com a investigação da experiência humana (Good, 1995). Entre os assuntos principais da antropologia médica, tem-se o papel das ciências biológicas como instrumental racional e soteriológico na civilização contemporânea, a eficácia das práticas simbólicas na constituição da experiência e na produção e reprodução do mundo social, o corpo humano como fonte criativa da experiência e local de dominação, e os esforços para renovar o entendimento da experiência humana (Good, 1995). Diversos estudos transculturais têm mostrado a importância da cultura na evolução de pacientes com transtornos psiquiátricos e como o ambiente social e cultural influencia o adoecimento e a percepção desse (Kleinman, 1991). As formas e funções de uma doença não são dadas num mundo natural, mas surgem da interconexão entre estrutura social e experiência pessoal (Kleinman, 1991). A antropologia médica também mostra-se bastante útil, pois revisa as premissas básicas do conjunto epistemológico ocidental e permite uma perspectiva crítica frente às verdades mais fundamentais, proporcionando a elaboração de novas formas para a abordagem da saúde e da doença (Uchoa, 1994). Esse amplo campo de estudo teria a obrigação e o privilégio de proporcionar uma atenção renovada sobre a experiência e o sofrimento humano, sobre os significados e interpretações

culturais, sobre o papel das narrativas e sua historicidade e sobre a função das instituições sociais, assim como explorar o aspecto central do significa ser humano (Good, 1995).

Assim, com a esperança de obter um entendimento mais amplo do homem, que ultrapasse sua condição biológica e o considere no seu ambiente social e cultural, além de adquirir uma visão mais crítica da medicina e seu papel na sociedade atual, lancei-me a este estudo utilizando o instrumental teórico oferecido pela antropologia. Estou apenas a dar meus primeiros passos nesse campo, porém já percebo que, no caso do médico, para uma abordagem correta do acolhimento e tratamento do sofrimento humano é preciso não apenas conhecimentos técnicos obtidos durante a formação profissional, mas a reflexão contínua do exercício da clínica, a solidariedade e a alteridade em relação aos que procuram alívio para as dores físicas ou morais.

1.2) Importância do Tema

O ambiente do encontro entre o médico e o paciente, a consulta médica, revela-se como um importante objeto de estudo no âmbito da medicalização do sofrimento, pois nesse contexto se inter cruzam os diversos componentes culturais, sociais e econômicos, de uma maneira muito específica. O foco nesse momento permite levar para um nível real, da vida cotidiana, os diversos problemas envolvidos na formação e na prática médica que, inseridas no modelo biomédico, dificultam a interação entre médico e paciente. Os conflitos vividos nesse encontro podem ser um reflexo do contexto em que os agentes estão inseridos, revelando diferenças culturais que dificultam a interação entre médico e paciente.

A resolução ou não dessas questões depende da capacidade de negociação de ambos, mas principalmente do médico. Assim, o exercício reflexivo sobre a prática clínica, numa perspectiva crítica em relação aos seus fundamentos e pressupostos, favorece uma conduta profissional mais abrangente e acolhedora. A clínica torna-se muito mais rica e ética quando o médico assume uma postura de alteridade e leva em consideração o universo no qual o paciente está inserido.

1.3) Objetivos

O estudo tem como objetivos:

1. Analisar fatores que interferem na relação médico-paciente e de que forma favorecem ou não a medicalização do sofrimento. Mais especificamente, pretende-se discutir a formação médica e os conflitos presentes consulta médica.
2. Propor atitudes por parte dos médicos que contribuam para uma melhor relação médico-paciente e que minimizem a medicalização do sofrimento na consulta médica.

1.4) Hipóteses

As hipóteses formuladas foram as seguintes:

1. A formação médica influencia a conduta do médico no sentido da medicalização do sofrimento.
2. A não concordância entre a percepção do paciente sobre seus sintomas, *illness*, e a interpretação do médico sobre esses, *disease*, contribui para a medicalização do sofrimento.
3. O contexto da consulta médica pode influenciar o processo de medicalização do sofrimento.

2) METODOLOGIA

2.1) Tipo de estudo

Na etapa inicial da formulação do problema, foi realizada uma revisão da literatura que se estendeu ao longo do refinamento do tema em estudo, o que permitiu a fundamentação teórica do trabalho. A pesquisa bibliográfica se deu através de bases de dados na internet, como *b-on* e *Scielo*, e no acervo da biblioteca geral da Universidade de Coimbra e da biblioteca do Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Deve-se considerar que outras pesquisas bibliográficas foram necessárias ao longo do trabalho de campo, na medida em que surgiram novas questões.

O segundo momento da pesquisa consistiu no trabalho de campo baseado na observação participante. O trabalho de campo mostra-se importante, pois através dele pode-se obter informações sobre a interação entre médico e paciente e sobre os conflitos e negociações presentes no momento da consulta médica. De maneira mais específica, teve-se por objetivo observar como diferentes forças ou fatores presente nessa situação podem favorecer ou não a medicalização do sofrimento.

O presente estudo seguiu a metodologia qualitativa, o que possibilitou a perspectiva necessária ao entendimento contextualizado exigido pelos objetivos. Segundo Freixo (2010), a abordagem quantitativa tem como características inerentes a objetividade, o controle e a predição dos acontecimentos e a generalização dos resultados. O método quantitativo não seria aplicável, já que não é propósito do estudo o estabelecimento de relações de causa e efeito, a comprovação de hipóteses relativas às relações causais entre variáveis. Além disso, não se pretende realizar um processo de coleta sistemática de dados quantificáveis, baseado na observação de fatos objetivos.

A metodologia qualitativa – no caso, a observação participante – é adequada ao estudo, pois, conforme Freixo (2010), o objetivo desse tipo de investigação é descrever ou interpretar, mais do que avaliar ou mensurar. A partir dessa abordagem, pode-se observar, descrever e interpretar um fenômeno na forma como esse se apresenta, sem tentar controlá-lo. A investigação qualitativa possui cinco características principais (Bogdan e Biklen, 1992 *in* Freixo, 2010). Primeira, a situação natural constitui a fonte de dados, sendo o pesquisador o elemento chave na coleta de dados. Segunda, a preocupação inicial é descrever os dados para só depois analisá-los. Terceira, o processo

visto como um todo é a questão fundamental. Quarta, os dados são analisados indutivamente. E por último, a pesquisa qualitativa refere-se ao significado das coisas, ou seja, ao *por quê* e ao *o que*.

De acordo com Freixo (2010) entre os diversos procedimentos metodológicos qualitativos, o estudo de caso caracteriza-se por investigar um fenômeno no seu contexto real. O estudo de caso pode utilizar uma variada gama de instrumentos e estratégias, assumindo formatos específicos e englobando técnicas de recolha e análise de dados muito diferentes. Possui como base o trabalho de campo e a análise documental, utilizando diversas fontes, como entrevistas, observações, documentos e artefatos. Essa abordagem contribui para o enriquecimento da compreensão de fenômenos sociais complexos: “[...] um *estudo de caso* pode ter um profundo alcance analítico, interrogando a situação, confrontando-a com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes podendo desta forma originar novas teorias e novas questões para futura investigação” (Freixo, 2010:110).

Conforme Burgess (1997), a observação participante facilita a coleta de dados sobre a interação social no contexto em que ocorre e não em situações artificiais, como na pesquisa experimental, ou artificialmente criadas pelo investigador, como nas pesquisas por inquérito. Além da observação de contextos naturais, o investigador lida com a linguagem própria dos participantes, o que lhe permite vislumbrar conceitos que estão presentes na vida cotidiana. O pesquisador compara os relatos entre si e com outras observações feitas no trabalho de campo e, como resultado, pode utilizar seus dados em consonância com seu instrumental teórico de maneira a interpretar e compreender o fenômeno em foco.

Freixo (2010) argumenta que a metodologia qualitativa é uma continuação da capacidade do pesquisador em encontrar um sentido para o fenômeno. Burgess (1997) afirma que por estar inserido no contexto que estuda, na observação da vida cotidiana, o observador participante necessita questionar sistematicamente as situações que observa e as conversações tidas para tornar os dados obtidos mais precisos. A respeito do problema da objetividade na investigação qualitativa, pode-se afirmar que nesse tipo de pesquisa a objetividade se dá pelo reconhecimento da subjetividade e pela objetivação dos efeitos dessa mesma subjetividade (Van der Maren, 1986 *in* Freixo, 2010).

2.2) Local e Momento do Estudo

O trabalho de campo foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), localizada na região do Ribatejo. A escolha desse local se deveu pela facilidade de acesso, pois a autora do estudo já se encontrava aí inserida ao frequentar o estágio de Medicina Geral e Familiar, contido no programa do Ano Comum do Internato Médico.

O estágio na USF teve uma duração de dois meses, de março a abril de 2011, e o período em que foram feitas as anotações sistemáticas sobre as consultas foi de 21 de março a 21 de abril de 2011. Realizou-se a observação participante durante o momento das consultas de clínica geral, que geralmente decorrem no período da manhã, das oito horas até às treze horas. A maioria das consultas é agendada, mas existe espaço para as consultas sem marcação ou de urgência.

2.3) Participantes

Entre os participantes do estudo, está o médico cuja consulta foi observada, além dos usuários da USF que se consultam com o médico em questão. Outros participantes, como enfermeiros, colegas do Internato Médico, administrativos fizeram parte do estudo, conforme a evolução do trabalho de campo.

2.4) Coleta de dados

Segundo Burgess (1997), durante o trabalho de campo, deve ser feita uma descrição do local, das pessoas, dos acontecimentos e dos sentimentos envolvidos no fenômeno observado. Essa descrição permite construir um retrato detalhado da uma situação social. Porém, não é possível registrar tudo o que é observado, como, quando e onde se deu determinado acontecimento, o que e quem estava envolvido. Assim, o investigador deve selecionar o que incluir no estudo em função dos interesses teóricos.

Burgess (1997), distingue três diferentes tipos de notas de campo: as substantivas, as metodológicas e as de análise. As notas substantivas consistem no registro contínuo das situações e conversas, sendo predominantemente descritivas. As notas metodológicas são reflexões pessoais sobre a atividade de campo e podem abordar problemas, impressões, sentimentos e intuições; enfim, fazem uma auto-análise e uma reflexão sobre o trabalho de campo. As notas de análise incluem a discussão preliminar

de questões e hipóteses que surgem ao longo do trabalho e contém conceitos emergentes a serem desenvolvidos ao longo do estudo.

Para facilitar a coleta de dados durante o trabalho de campo, foi elaborada uma folha de observação sumária, conforme proposta por Burgess (1997), que contém os aspectos descritivos considerados essenciais no presente estudo (Apêndice I). Para cada consulta médica observada foi feita uma folha de observação, preenchida ao longo da consulta ou logo após essa. A folha de observação teve como objetivo o registro de dados essenciais de maneira rápida e concisa e de forma a não interferir no momento da consulta. Além disso, sendo uma nota de campo substantiva, serviu de base para a análise mais detalhada do contexto social analisado, no presente caso, o desenrolar da consulta médica.

Num segundo momento, após o preenchimento das folhas de observação sumária, foi feito o registro das notas metodológicas e de análise no diário de campo, que se realizou depois das consultas médicas, ao chegar em casa. Esse registro permitiu melhor detalhamento dos acontecimentos considerados significativos, além de propiciar a reflexão sobre o trabalho de campo e uma análise preliminar das questões levantadas.

3) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1) A Biomedicina

A medicina pode ser considerada uma organização humana universal, presente praticamente em todos os tipos de sociedades (Kleinman, 1995a). Inúmeras são as diferenças entre as diversas tradições de cura e, ainda dentro de uma mesma sociedade, diversos são os usos e apropriações dessas tradições. Não há medicina separada do contexto histórico, como qualquer outra instituição social é um meio através do qual as pluralidades da sociedade são expressas e recriadas. Ao considerar a medicina como um sistema sócio cultural, afirma-se que ela não é um simples fenômeno cultural, mas um artefato da sociedade fundado numa estrutura cultural de valores (Hahn, 1983).

A medicina ocidental é melhor definida como biomedicina, pois enfatiza o estabelecimento da estrutura institucional da medicina dominante nas sociedades industriais, além de invocar a primazia de seu engajamento ontológico e epistemológico (Kleinman, 1995a). A biomedicina tem como foco primordial a biologia humana e é vista como exemplo das orientações materialistas da sociedade ocidental (Hahn, 1983). Segundo Bonnet (1999) a concepção materialista hegemônica da cultura ocidental moderna está ligada à produção do modelo biomédico como um saber científico, o que leva a três conseqüências: a racionalização e o afastamento do sensível; a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes; e a interiorização e psicologização dos sujeitos. Kleinman (1995a) ressalta que devido a insistência na dicotomia materialista, cuja origem remonta a Descartes, a biomedicina pressiona seu profissional a construir a doença como uma desordem de ordem biológica, descartando as implicações pessoais e sociais.

A biomedicina se afastaria dos outros sistemas de cura ao negar o caráter transcendente da dor e do sofrimento na experiência humana (Kleinman, 1995a). Ao negar a experiência do paciente e seus familiares, o profissional da biomedicina é conduzido a relevar a realidade moral do sofrimento. Porém, não raramente, ele se vê num campo de batalha ao tentar conciliar as exigências técnicas impostas pela biomedicina com conhecimentos oriundos de fontes não biomédicas, para atingir a empatia necessária para o bom funcionamento de sua relação com o paciente (Kleinman, 1995a). Segundo Guedes e colaboradores (2006), diversos estudos criticam o reducionismo organicista da medicina vigente e verifica-se na área da saúde coletiva a

emergência de novas abordagens para se pensar o adoecimento, como a clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade das ações de saúde e a produção do cuidado de forma a transformar o modelo tecnoassistencial. Ao mesmo tempo, tem-se observado nos últimos anos uma progressiva procura às medicinas alternativas e complementares nas sociedades ocidentais. Segundo os autores, estas mudanças sinalizam para um impasse na prática biomédica, que pode ser considerado como uma crise nas suas dimensões ética, política, pedagógica e social. Porém, ressaltam que existem obstáculos no interior do próprio saber biomédico que dificultam a melhoria da atenção à saúde e, para que ocorra uma mudança efetiva desse modelo assistencial, torna-se necessário repensar a teoria, a prática e as ações de saúde.

O modelo biomédico coexiste com outras formas de medicina, consideradas alternativas ou complementares, mas é a biomedicina que possui maior legitimidade e abrangência em diferentes contextos sociais, devido sua legitimidade e universalidade estarem baseadas no conhecimento científico (Bonnet, 1999). Segundo Kleinman (1995a), a biomedicina se distingue dos outros tipos de medicina devido a sua insistência exagerada no materialismo como base do conhecimento e a seu desconforto em relação a formas de pensar de maneira dialética. Ela também se diferencia por atribuir à patogênese uma cadeia causal única baseada em falhas estruturais, mecanismos racionais que permitem uma terapêutica eficiente. O diagnóstico das doenças dentro do modelo biomédico evoluiu para uma localização mais radical no corpo do homem, do órgão ao gene, e o conhecimento adquirido nesta direção levou a técnicas de investigação cada vez mais restritivas e aprofundadas no corpo e a técnicas de intervenção voltadas para a causa imediata (Dalmaso, 2000).

Para Good (1995), o modelo biomédico não é um simples espelho do mundo empírico, mas uma rica linguagem cultural ligada a uma versão altamente especializada da realidade e do sistema de relações sociais. É a linguagem da técnica, baseada na visão que as ciências naturais têm da relação entre experiência e biologia. A vivência de uma desordem, comunicada na linguagem da cultura, é interpretada à luz da linguagem fisiológica, o que leva a um diagnóstico e intervenção nos mecanismos da doença. Assim, a teoria biomédica reflete fatos da natureza, as doenças residem no corpo físico, são biológicas e universais e transcendem o contexto social e cultural. Seu compromisso com a idéia do natural, do biológico, exclui completamente o caráter teológico que está presente em outras formas de medicina (Kleinman, 1995a). O psicológico, o cultural e o social são considerados fatores superficiais e distantes da verdade única: a biologia e

sua estrutura física que permite a visualização do real. Esse reducionismo teria como resultado final a desumanização da biomedicina. O médico, na prática cotidiana, trabalha no sentido de decodificar as falas dos pacientes em sinais médicos; assim, em nome de uma clínica baseada em procedimentos científicos, são descartadas as singularidades e as diferenças entre os casos (Guedes et al, 2006).

Guedes e colaboradores (2006) afirmam que a subjetividade do adoecimento – a complexidade e singularidade do sofrimento humano – e a sua dimensão como experiência, não chegaram a ser objeto da biomedicina. Conforme os autores, a partir do surgimento da racionalidade médica moderna, vem se consolidando o projeto de situar o saber e a prática médica no interior do modelo das ciências naturais e a medicina deixa de ser classificatória para se tornar anátomo-clínica. Assim, a medicina opta pela naturalização de seu objeto através do processo de objetivação, ou seja, construir a objetividade da doença através da elaboração de generalidades e da exclusão da subjetividade e. Há pouco ou nenhum questionamento por parte dos médicos sobre a objetivação da doença; essa não é vista como uma construção criada e categorizada, mas como entidades que apenas existem (Guedes et al, 2006).

Segundo Kleinman (1995a), a biomedicina enfatiza a capacidade técnica de penetrar e interferir nos sistemas orgânicos dos pacientes, não existindo limite para os avanços tecnológicos. Para a biomedicina, não há nada além de coisas e mecanismos que podem ser manipulados sem reverência, sendo o mundo visto de maneira desencantada. Os médicos não são educados para sentirem humildade perante o sofrimento que não pode ser revertido ou limitado pela tecnologia. A biomedicina tem orgulho de suas intervenções consideradas agressivas e, ao contrário de outras formas de medicina, como a tradicional chinesa, que privilegiam tratamentos mais leves por serem considerados mais naturais e não iatrogênicos, a biomedicina enfatiza intervenções invasivas.

Kleinman (1995a) ressalta que a diferença entre *hard* e *soft*, significativos de uma ordem cultural na América do Norte, possui grande importância na biomedicina. Atividades cognitivas e de linguagem são geralmente consideradas *soft*, enquanto procedimentos que intervêm no corpo são vistos como *hard*. Psiquiatria e especialidades de cuidados primários, como pediatria e clínica geral são *soft*, já subespecialidades cirúrgicas, como neurocirurgia ou cardiovascular, são *hard*. As especialidades *soft* têm pior remuneração e são compostas por mais mulheres, enquanto as *hard* atraem mais homens, que geralmente tornam-se ricos. O que essa lógica cultural

conota é o profundo dualismo entre masculino e feminino, corpo e mente, poder e fraqueza, riqueza e pobreza, ações tecnológicas agressivas e intervenções não invasivas, que se relaciona a uma lógica intelectual que é a metáfora das divisões sociais estruturais.

Segundo Guedes e colaboradores (2006), a biomedicina conquistou diversos avanços na área tecnológica e medicamentosa, porém ainda apresenta muitos fracassos na prática clínica, principalmente no que diz respeito ao manejo dos fenômenos subjetivos do indivíduo que demanda por cuidado. Nem todos os sintomas podem ser explicados a partir do modelo biomédico de doença-lesão e aqueles que não se enquadram nos referenciais da biomedicina tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em questão o saber médico, pois não se pode detectar uma lesão orgânica apesar da persistência dos sintomas. Vários termos são utilizados para descrever estas manifestações, como distúrbio neurovegetativo, distúrbio conversivo, somatização, entre outros. Por não apresentarem nenhum tipo de lesão e disfunção, esses pacientes também são considerados como refratários e ocupam, assim, um lugar de marginalidade na prática médica, não conseguindo se encaixar nos serviços e tratamentos oferecidos nas instituições de saúde. Os médicos podem lidar com essa situação utilizando três estratégias (Guedes *et al*, 2006; Tesser, 2007). A primeira, seria afirmar que não há doença, já que não há lesão orgânica observável, o que leva à desqualificação do adoecimento vivido. A segunda, seria o encaminhamento do paciente à psiquiatria – o outro lado da dicotomia psique-soma presente na biomedicina –, dessa forma não deixam de oferecer alguma resposta ao doente e, ainda, vêm-se livres do problema que lhes é apresentado. A terceira, seria a prescrição de ansiolíticos, hipnóticos ou antidepressivos, que geralmente apresentam pouca operacionalidade e eficácia terapêutica, resultando numa conduta reducionista e biologizante do sofrimento humano.

Guedes e colaboradores (2006) exemplificam a forma como a biomedicina lida com as manifestações somáticas não explicáveis por uma causalidade reconhecida: “A biomedicina apresenta-se como um sistema fechado, o qual pode ser explicado através da díade lesão orgânica-doença e seus correspondentes. [...] Aquilo que foge à relação lesão orgânica-doença e seus correspondentes não é observável. Quando um paciente apresenta um sintoma, que não pode ser visto como uma doença comprovada, entende-se que o paciente não tem nada. [...] Quando se observa algo que não estava previsto no sistema médico, pode-se fazer silêncio a respeito e, muitas vezes, há o encaminhamento

para profissionais da área “psi,” como psicólogos e psiquiatras. Movimento este que pode ser entendido como o reconhecimento de uma exceção, mas que é evitado falar sobre. [...] Quando algo não previsto é observado, pode-se também realizar grandes esforços para explicar a exceção nos termos que não contradigam o sistema. A biomedicina tem um importante instrumento para tentar incorporar as exceções em seu modelo: as classificações. O DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a. ed.) e a CID-10 (Classificação Internacional das Doenças, - 10ª ed.) são recursos nos quais se torna possível inserir o imprevisto na ordem do previsto” (Guedes *et al*, 2006:1101).

A contradição do modelo anátomo-clínico dificilmente é admitida e se verifica que uma importante estratégia da biomedicina para lidar com as exceções de seu sistema é a tentativa de incorporação daquilo que não estava previsto. Assim, através da implantação de categorizações, a biomedicina consegue objetivar aquilo que não lhe parece visível (Guedes *et al*, 2006). Porém, essa classificação não é acompanhada por um avanço na terapêutica – restrita, geralmente, ao uso de fármacos –, persistindo o fracasso na resposta às manifestações subjetivas do paciente. Para os autores, o desencontro entre médico e paciente é comum e os recursos terapêuticos são limitados, delineando-se um problema com o qual a biomedicina tem poucas ferramentas teóricas para lidar. Dessa forma, para que seja possível uma reforma da prática médica, é preciso questionar a estreita relação entre o discurso da biomedicina e o das ciências naturais.

Kleinman (1995a) afirma que, devido o desenvolvimento da biomedicina sob o regime industrial capitalista, ela é a mais institucionalizada forma de medicina. Quando o médico vai à casa do paciente, entra na sala e no quarto, essa intimidade doméstica proporciona maior contato e consideração com o sofrimento do paciente. Em hospitais e clínicas, o médico permanece em seu mundo e a relação com o paciente é impessoal, o que torna praticamente impossível alcançar a real dimensão da doença e do sofrimento. As regras da eficiência governam o tempo de encontro do paciente com o profissional da biomedicina. A racionalidade técnica da instituição, com suas prioridades e normas, transforma o médico num burocrata e o paciente num consumidor dos serviços da instituição. Assim, as relações de cuidado acabaram se transformando em trocas comerciais.

De acordo com Kleinman (1995a), a biomedicina não é apenas um modelo burocrático ou profissional, ela é a principal instituição da sociedade industrial que controla a realidade social. A construção das várias formas de sofrimento humano como

um problema de saúde pela biomedicina reforça a regulação social que interfere em diversos setores da experiência. Essa é a nuance mais controversa da medicalização, o seu caráter de controle social. A busca por medicamentos para problemas sociais complexos pode camuflar problemas políticos e econômicos que influenciam a vida dos indivíduos.

Assim, segundo o autor, a biomedicina serve a uma missão política maior, pois sua definição do que é um problema e de como deve ser tratado possui grande legitimação pública. A biomedicina tornou-se inseparável do estado. A relação médico-paciente tornou-se uma relação de consumo característica da economia de mercado, o que representa a difusão na biomedicina do mais poderoso modelo contemporâneo de relações na sociedade ocidental. Como consequência, muitos propósitos da biomedicina baseados no cuidado e na experiência do adoecimento, comuns a outras formas de medicina, foram substituídos por prioridades políticas e econômicas, que influenciam o ensino e a pesquisa, a organização e a distribuição de serviços, e a rotina de trabalho dos profissionais da saúde. O autor ressalta que essas qualidades são de origem social e não médica. Dessa forma, a biomedicina, como outros tipos de medicina, é proveniente de um contexto histórico social único, que gerou uma instituição única.

3.2) A Medicalização Social

A partir do século XIX, o interesse médico se expandiu em diversas direções, não só em relação às patologias individuais, mas também aos eventos do ciclo da vida, como nascimento ou menopausa (Lock, 2004). Atualmente existe uma multiplicidade de diagnósticos psiquiátricos e a quantidade de problemas que passaram para o domínio médico cresceu significativamente nos últimos 30 anos (Lock, 2004; Conrad, 2007; Caponi, 2009). Pode-se dizer que as fronteiras entre o normal e o patológico estão cada vez mais tênues (Caponi, 2009). Segundo Conrad (2007), a medicalização descreve o processo pelo qual problemas que não compunham o repertório médico passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doença ou desordem.

Pode-se dizer que medicina tornou-se a principal instituição de controle social, ocupando o lugar de outras instituições mais tradicionais, como a igreja, devido à medicalização de vários aspectos do cotidiano, em nome da saúde (Kleinman, 1991; Lock, 2004). Segundo Conrad (2007), diversos fatores sociais estimulam a

medicalização – como a diminuição da religiosidade, a persistência da fé na ciência, na racionalidade e no progresso, o aumento do prestígio da profissão médica, a tendência para soluções individuais e tecnológicas – e contextualizam o ambiente em que esse processo ocorre.

A sistematização do domínio médico fez parte de um processo mais amplo de modernização, no qual o capitalismo industrial e a produção tecnológica foram centrais para a racionalização e burocratização da vida diária (Lock, 2004). Segundo Foucault (1994), a partir do século XVIII, com o desenvolvimento do capitalismo nas nações ocidentais, os fenômenos próprios da vida humana passaram a fazer parte da ordem do saber e do poder, entrando no domínio das técnicas políticas. Surge, assim, uma biopolítica a partir da entrada da “vida e seus os mecanismos no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (Foucault, 1994: 145). Este é um fato determinante para a construção das sociedades modernas, a vida natural passou a ser alvo privilegiado do saber, a fazer parte das estratégias de poder e a ser controlada por ações corretivas, tanto a nível individual como populacional (Caponi, 2009).

Essas mudanças não teriam sido possíveis sem inovações médicas na área tecnológica, teórica e prática. Conforme Lock (2004), quatro mudanças são apontadas como primordiais. Primeiro, a consolidação de uma ciência pautada na anatomia e na patologia, que permitiu a representação universal do normal, do qual a doença se desvia. Segundo, a introdução da autópsia, que tornou possível a sistematização da patologia. Terceiro, o exame físico e os estudos de caso se tornaram rotineiros e padronizados. Quarto, a aplicação do conceito de população como forma de monitoramento e controle da saúde da sociedade, sendo fundamental para a idéia de norma sobre a qual a variação pode ser medida estatisticamente. A idéia de que a doença é tanto uma patologia individual, quanto o desvio estatístico da norma da saúde se tornou parte do pensamento médico. A autora ressalta que a saúde pública e a medicina preventiva, sempre associadas ao estado, fizeram da supervisão da saúde da população o seu domínio.

Lock (2004) argumenta que outra característica da medicalização, estabelecida no final do século XIX, é a classificação de certas condições como doença ou saúde, distúrbio ou crime, loucura ou sanidade. Essa categorização permitiu que certos grupos ou pessoas se tornassem objetos da atenção médica e não de outras instâncias, como a religião, a educação ou a lei. Ao mesmo tempo, diversos ambientes foram desenvolvidos a partir de espaços, pessoas e técnicas, constituindo o domínio da

medicina. Nesses ambientes, como hospitais e clínicas, o exercício do conhecimento médico especializado permite acessar e medir o corpo e a mente. Diversos autores argumentam que, a partir do meados do século XIX, a difusão da hospitalização nos diversos segmentos sociais possibilitou o exercício do poder pela profissão médica (Lock, 2004). Enquanto alguns pesquisadores restringem a medicalização às mudanças acima descritas, outros argumentam que o desenvolvimento da hospitalização dos pacientes é apenas uma faceta do processo de medicalização (Lock, 2004). A transformação das idéias sobre o corpo, a saúde e a doença, não só entre especialistas, mas entre a população em geral, é uma característica mais ampla da medicalização (Lock, 2004).

A medicalização não pode ser compreendida como um processo de vigilância e sujeição forçada, nem também como argumento que enfatiza a construção social da doença em detrimento do real, da condição debilitante dos indivíduos que procuram ajuda médica (Lock, 2004). O estudo da medicalização amplia questionamentos sobre como as políticas econômicas, as tecnologias e os valores pautados no discurso e prática biomédica, aliados ao conhecimento popular sobre saúde, doença e corpo, situam diversas condições no domínio da medicina (Lock, 2004).

Segundo Conrad (2007), a chave para se compreender a medicalização é a definição, o processo pelo qual uma doença precisa ser definida como tal. Um problema é definido em termos médicos, descrito conforme a linguagem médica, entendido a partir do modelo médico e tratado com intervenções médicas. Os profissionais da saúde são geralmente os primeiros a atentar para alterações relacionadas ao corpo e à mente, porém outros agentes são necessários para que os mais diversos problemas sejam tratados como doença (Conrad, 2007). Como exemplo, tem-se o alcoolismo que foi medicalizado primeiramente por um movimento social – a organização Alcoólicos Anônimos – e só mais tarde os médicos conceberam o alcoolismo como doença (Conrad, 2007). Lock (2004) ressalta que diversos informantes, independente da região, exibem pragmatismo, cinismo ou ambivalência sobre as intervenções médicas e que documentar esse comportamento dos indivíduos não é afirmar que a microfísica do poder, as ideologias dominantes e as construções culturais não são influências importantes. Os sujeitos estão aptos a pensar criticamente sobre o ambiente que os rodeia e, paradoxalmente, a medicalização tem promovido essa reflexão ao apresentar escolhas para as pessoas (Lock, 2004). Como resultado, tem-se a queda de velhas

hegemonias e a abertura para novas formas de pensar e agir, geralmente associados ao conhecimento científico (Lock, 2004).

A medicalização não está limitada à desviância ou aos fenômenos de adoecimento, mas também engloba os eventos da vida normal e a manutenção do bem-estar (Lock, 2004; Conrad, 2007). Entre as categorias de medicalização da desviância, têm-se o alcoolismo, a dependência química, os transtornos mentais e alimentares, diferenças sexuais e de gênero, a disfunção sexual, as deficiências de aprendizado, entre outras (Conrad, 2007). Comportamentos antes considerados imorais, pecaminosos ou criminosos passaram a ter significado médico. Diversos eventos do ciclo da vida foram medicalizados, como menstruação, controle de natalidade, infertilidade, nascimento, menopausa, envelhecimento e morte (Conrad, 2007).

Segundo Lock (2004), a prevenção da doença e a melhoria da saúde são virtudes amplamente difundidas e o corpo individual, separado da mente e da sociedade, é manipulado conforme critérios elaborados pelas ciências biológicas. Considerado como forma de auto-expressão, o cuidado pessoal dos sujeitos com a saúde e com a estética do corpo leva à criação do normal, do cidadão saudável, o que acaba por validar a ordem moral dominante (Lock, 2004).

Conrad (2007) argumenta que o crescimento das categorias medicalizadas não resulta simplesmente de um imperialismo médico ou engajamento moral, mas também da redução da tolerância dos indivíduos aos sintomas mais brandos, o que leva à medicalização de estados físicos desagradáveis e à classificação de sintomas isolados como doença. Assim, medicalização é criticada por transformar aspectos da vida diária em patologias e restringir o que é considerado aceitável.

A medicalização foca o problema no sujeito, desconsiderando o ambiente social, o que determina intervenções médicas individuais e não soluções mais coletivas ou sociais (Conrad, 2007). Além disso, o conseqüente aumento da jurisdição médica amplia o controle social através da medicalização do comportamento humano. Segundo Conrad (2007), esse grande poder da medicina em exercer um controle social se deve à sua autoridade e legitimidade em definir os comportamentos, pessoas e coisas. Kleinman (1995a) afirma que a construção de várias formas de sofrimento humano como um problema de saúde pela biomedicina reforça a regulação social que interfere em diversos setores da experiência. A busca por medicamentos, por uma solução biologizante para problemas sociais complexos pode camuflar problemas políticos e econômicos que influenciam as vivências das pessoas.

Três características estão presentes em diversas análises críticas sobre a medicalização (Conrad, 2007). Primeiro, a autoridade da profissão médica e o aumento da jurisdição da medicina surgiram como promotores iniciais da medicalização. Segundo, a medicalização pode ocorrer a partir do interesse de movimentos sociais ou de certos grupos da sociedade. Nesses casos, esforços organizados são feitos para se obter a definição médica de um problema ou promover a veracidade de um diagnóstico médico. Terceiro, as atividades direcionadas por organizações inter ou intraprofissionais para promover a medicalização de uma condição podem competir pela autoridade na definição e tratamento do problema. Assim, distante da concepção do imperialismo médico, a medicalização é uma forma de ação coletiva (Conrad, 2007). Outros agentes, como a indústria farmacêutica e as companhias de seguros de saúde, possuem cada vez mais importância nesse processo; pacientes e leigos, que assumem o papel de potenciais consumidores/pacientes, podem ser colaboradores ativos na medicalização dos seus problemas, enquanto profissionais simpáticos ao movimento são necessários para o sucesso das reivindicações.

Segundo Lock (2004), a medicalização pode moldar identidades e subjetividades, pois quando indivíduos são publicamente rotulados como possuidores de uma doença, mais especificamente de um transtorno psiquiátrico, transformações em sua subjetividade tornam-se aparentes. Muitas vezes, a medicalização parece funcionar como forma de se retirar a culpa e a responsabilidade dos indivíduos por serem doentes, e muitos deles podem trabalhar ativamente nesse processo (Lock, 2004). As explicações médicas podem promover coerência aos sintomas do paciente, o que valida e legitima seu problema (Conrad, 2007). Existiria, assim, uma aproximação colaborativa entre médico e paciente, que poderia ser chamada de “medicalização construtiva” (Conrad, 2007: 11) capaz de promover o bem-estar individual do paciente. Porém, o autor chama a atenção para uma determinação do papel do doente, no qual o diagnóstico médico pode validar uma gama de problemas humanos.

Segundo Conrad (2007), a partir da década de 80, profundas mudanças na organização da medicina tiveram importantes conseqüências. Entre elas, tem-se a diminuição da autoridade médica, a maneira como políticas de saúde mudaram seu foco do acesso ao serviço para o controle de custo. Os médicos continuam a ter certa dominância, porém outros atores tornaram-se tão importantes quanto. Muitos pacientes passaram a agir mais como consumidores, escolhendo políticas de seguro de saúde e procurando serviços médicos. Organizações de atenção gerenciada, a indústria

farmacêutica e algumas especialidades médicas, como a cirurgia plástica, passaram a ver os pacientes como consumidores ou mercados potenciais. O autor afirma que o constante desenvolvimento de novas tecnologias, tratamentos e drogas estimulam consumidores a obterem esse novos bens e serviços médicos, sendo a propaganda uma forma de aumentar essa demanda. A indústria farmacêutica está cada vez mais envolvida diretamente na medicalização ao utilizar o marketing como forma de criar mercados para seus produtos e, assim, medicalizar mais aspectos da vida.

O projeto Genoma Humano, iniciado na década de 90, tornou-se um novo marco da medicina ao introduzir a genética no discurso médico e público sobre a saúde e a doença (Conrad, 2007). Entre as diversas mudanças prometidas pela indústria da biotecnologia, algumas já aparecem evidentes na medicina, especialmente na psiquiatria. Os avanços tecnológicos nessa área mudaram o foco de atenção da psicoterapia e interação familiar para a farmacologia, a neurociência e o genoma. Esse processo é reforçado quando os sistemas de saúde cobrem o tratamento medicamentoso, mas não a psicoterapia, o que acaba por limitar a escolha de médicos e pacientes à qual tipo de droga deve ser prescrita.

Deve-se considerar também a existência de fatores que restringe a medicalização, como a presença de definições contraditórias sobre um problema, os custos com o cuidado médico, a ausência de suporte especializado, os limites à cobertura dos seguros de saúde, entre outros (Conrad, 2007). As categorias médicas podem expandir ou contrair, porém há muitos poucos casos contemporâneos de desmedicalização, principalmente se comparados ao processo oposto.

3.3) O Adoecimento: do natural para o cultural

Apesar de diversos estudos mostrarem as diferenças pessoais e culturais nas concepções sobre doença, a idéia de que ela pertence ao domínio cultural vai fortemente contra a intuição, pois a doença constitui um paradigma biológico (Good, 1995). O adoecer é geralmente pensado como um fato natural e quando alguém obtém a cura sem intervenção médica é comum dizer que a enfermidade teve uma remissão natural e espontânea. Assim, pelo menos metaforicamente, não há espaço para os fatores culturais, sendo o adoecimento e a cura uma relação de forças entre a natureza e a medicina (Hahn, 1983). É necessário um grande esforço para desnaturalizar a doença e transferir seu domínio para o universo cultural; essa não é uma tarefa fácil, devido à

convicção de que o modelo ocidental de conhecimento reflete a ordem natural das coisas, que é um sistema que evolui através de pesquisas experimentais e que as categorias biológicas são naturais e descritivas, ao invés de culturais e classificatórias (Good, 1995). Essa concepção é reforçada pelo avanço de terapias mais poderosas e pela maior expectativa de vida da população, o que leva ao impositivo moral de expandir esses conhecimentos e suas aplicações em sociedades subdesenvolvidas com diversos problemas de saúde pública (Good, 1995).

Uma das grandes contribuições da antropologia tem sido sua insistência na idéia de que o conhecimento humano é culturalmente moldado e constituído em dependência a diferentes formas de vida e organização social (Good, 1995). Os estudos antropológicos traçam os limites e as falhas da tecnologia biomédica quando se trata de mudar o estado de saúde num grupo ou atender os anseios mais transcendentais do indivíduo. Esses trabalhos também mostram que a saúde e a doença numa população são associados ao estilo de vida e ao universo social e cultural (Uchoa, 1994).

A doença deveria ser compreendida como um produto da interação entre diversos e específicos fatores biológicos e culturais. Segundo Brown (2000), a cultura pode ser dividida em três setores interdependentes – economia, organização social e ideologia – e todos estão em relação com o contexto ecológico. O poder político e o acesso a recursos são determinantes para a mudança cultural. Os padrões culturais mal adaptativos, como os que determinam aumento de morbidade e mortalidade numa população, podem ser vistos, principalmente em sociedades complexas divididas por classes sociais ou etnias, como tentativas de se beneficiar algum grupo em detrimento de outro (Brown, 2000). Ao analisar a reemergência da malária, Brown (2000) discute como o comportamento humano pode promover e exacerbar problemas de saúde. O autor, sob uma perspectiva histórica, mostra como o discurso sobre as doenças emergentes tem enfatizado os patógenos, diminuído o papel da cultura em interferir nas tendências epidemiológicas, além de minimizar a importância do acesso ao poder para promover condições de vida saudável. Isso resultaria da negligência da dimensão política e econômica da relação entre cultura e doença. Assim, a ênfase no componente biológico das doenças leva não só à simplificação da condição humana, como também à manutenção de circunstâncias sociais de iniquidade.

Segundo Castro e Farmer (2004), as representações das doenças servem para mostrar ou esconder as relações de poder numa sociedade e para identificar as forças estruturais que determinam a saúde dos grupos pobres e marginalizados. Sinha e Gibs

(2004), argumentam que as definições de saúde e assistência médica possuem correlações com etnia, classe, gênero, orientação sexual, entre outros determinantes, e que servem como lentes através das quais a dominância biomédica deve ser vista. Os autores afirmam que sendo a saúde uma mercadoria escassa numa sociedade complexa, sua distribuição é certamente dependente do status social. Dessa forma, a distribuição da assistência médica é uma forma de controle social. Apesar de novas tecnologias e métodos de prestação de cuidados estarem disponíveis, seu padrão de uso é amplamente determinado pelos costumes sociais e políticos numa população.

Evidências demonstram como a injustiça social e a discriminação de vários tipos contribuem para o adoecimento, o que contradiz a idéia de saúde como responsabilidade pessoal (Lock, 2004). Essa responsabilidade, vista como virtude, permitiria aos governos restringir seus interesses ao desenvolvimento econômico e, ao mesmo tempo, ignorar a redistribuição de renda e do custo associado para aqueles que, não importa quão virtuosos sejam, não conseguem prosperar (Lock, 2004).

Castro e Farmer (2004) argumentam que, ao contrário do que se acreditava, o desenvolvimento econômico não está necessariamente associado ao bem-estar da sociedade. Segundo os autores, ao longo do tempo, tornou-se claro que muitos dos problemas sociais e de saúde que acometem as populações pobres do mundo não são de fato causadas por fatores culturais próprios, mas devido ao complexo jogo de forças que debilitou economias rurais e de pequena escala, levando à urbanização e ao declínio do estado de saúde. Também ficou patente que a integração de comunidades pobres na economia nacional e internacional pode não levar à melhoria das condições de vida e que a prosperidade e a capacidade de se tornar consumidor não são objetivos universais. Os autores concluem que o crescimento das iniquidades sociais entre e dentro dos países, sem uma agenda de justiça social, é uma difícil barreira a ser superada para se alcançar a saúde da população.

Em relação às doenças mentais, Kleinman (1991) chama a atenção para a presença de altas taxas de transtornos associados estatisticamente a situações de desemprego, pobreza e falta de acesso a recursos e de poder de decisão. O autor ressalta que estudos epidemiológicos mostram que determinados aspectos sociais, como eventos da vida geradores de estresse e suportes sociais inadequados, aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Relações familiares e padrões de pensamento e comportamento também são importantes no surgimento, evolução ou regressão das doenças mentais. Assim, os aspectos sociais e

psicológicos relacionados à doença mental e seu tratamento possuem considerável importância.

Segundo Kleinman (1991), as formas e funções das doenças mentais não são dadas num mundo natural, elas emergem da relação dialética entre estrutura social e experiência pessoal; a interação entre o social e o sujeito é a força motriz do pensamento, emoção e ação. Essa mediação dialética é criadora da experiência; o que é básico para a formação da personalidade e do comportamento, assim como para o surgimento do transtorno psíquico. A doença mental é algo real, mas como outras formas de realidade, ela é o resultado da criação da experiência do físico com seus significados simbólicos.

Não é discutida a base biológica de transtornos psiquiátricos, mas sim o foco exclusivo nos componentes biológicos na etiologia desses, negligenciando importantes aspectos culturais e sociais causadores de sofrimento. Vários estudos em genética já mostraram a relevância do ambiente individual e social para a expressão de genes e desencadeamento de doenças mentais (Maletic e Raison, 2009; Rot et al., 2009). Diversas pesquisas indicam que a depressão, por exemplo, tem uma etiologia multifatorial, que se expressa a partir da conjunção de diversos genes que conferem vulnerabilidade à doença e de fatores ambientais estressores (Maletic e Raison, 2009; Rot et al., 2009). Assim como não se pode negar determinantes biológicos para a depressão, também não se deve ignorar os contextos geradores de conflitos, dor e angústia. Deve-se frisar que o reducionismo biológico retira dos profissionais de saúde e dos doentes ferramentas importantes para uma abordagem mais ampla do sofrimento humano, que pode ser expresso, entre outras formas, como um transtorno depressivo.

3.4) Do Sofrimento à Depressão: uma questão cultural

A depressão é uma das doenças mais prevalentes no mundo, afetando todas as regiões do globo e membros dos mais diversos grupos étnicos – sendo duas vezes mais comum nos pobres do que nos ricos (Kleinman, 2004). Estudos epidemiológicos mostraram que, em todo o mundo, cerca de um quarto dos atendimentos em atenção primária se devem a transtornos psiquiátricos, sendo mais comum a depressão simples ou associada à ansiedade, mas que poucos desses casos são diagnosticados ou tratados (Cohen, 2004). O *Global Burden of Diseases* (GBD), suportado pelo Bando Mundial e pela Organização Mundial de Saúde, demonstrou que a depressão é um dos problemas

de saúde mais incapacitantes e que maior sobrecarga inflige em todo o mundo (Gusmão *et al.*, 2005). As desordens depressivas correspondem a 4,4% da carga total mundial de anos de vida com saúde perdidos (DALY), ocupando o quarto lugar em importância (Cohen, 2004). Nas sociedades desenvolvidas, a depressão já era a segunda causa de DALY em 1990, sendo projetada para 2020 como a principal causa nos países ocidentais e a segunda a nível mundial (Gusmão *et al.*, 2005).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a edição (DSM-IV), define transtorno mental como uma síndrome clinicamente significativa, na qual o indivíduo exibe padrões de comportamento ou psicológicos associados a sofrimento e incapacidade ou risco aumentado de dor ou morte (Cohen, 2004). De acordo com o DSM-IV, o diagnóstico do episódio depressivo maior é feito quando, num período mínimo de duas semanas, o paciente apresenta humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, sendo que em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O paciente também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais presentes numa lista que inclui: alterações no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; deficiência no funcionamento social; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, com planos ou tentativas de suicídio (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

Segundo Cohen (2004), diversos problemas surgem da definição de doença mental proposta pelo DSM-IV, dentre os quais, quatro serão abordados a seguir. Primeiro, o conceito engloba uma vasta gama de condições com características, determinantes e prevalências muito distintas entre si. Segundo, as categorias diagnósticas do DSM-IV são derivadas de evidências obtidas quase que exclusivamente de populações europeias ou norte-americanas e a aplicação dessas categorias em outras populações pode levar a uma ausência de significação do diagnóstico. Terceiro, o processo de reconhecimento ou diagnóstico de doenças mentais representa uma negociação social e cultural. Apesar de certos grupos de sintomas parecerem universais na indicação do que é visto como insano, o mesmo não ocorre quando se considera as perturbações mentais comuns ou as formas suaves de retardo mental. Para essas condições, normas sócio-culturais, valores e crenças moldam a percepção do que diferencia a personalidade normal e aceitável da doença mental. Finalmente, as definições dadas no DSM-IV não indicam a multiplicidade de fatores causais – sociais, psicológicos e biológicos – que combinados ou não determinam a doença mental.

Apesar dos esforços da neurociência em descobrir as bases genéticas e neuronais das doenças mentais e os marcadores biológicos para seus diagnósticos, poucos foram os estudos conclusivos e replicáveis. Ao contrário, uma ampla literatura demonstra a influência do ambiente social, cultural e econômico – como pobreza, discriminação de gênero e cor, violência, desnutrição e saúde física debilitada – na etiologia e epidemiologia de diversas doenças mentais.

Segundo Kleinman (2004), sentimentos depressivos são vividos por todas as pessoas e são um componente normal do desapontamento e da dor. A depressão pode ser um sintoma de uma doença mental – como distúrbio bipolar, transtorno de ansiedade ou esquizofrenia – ou de outras doenças orgânicas, que vão desde diabetes até alterações na tireóide subsequentes a uma síndrome pós-viral. Porém, a maneira como a depressão é elaborada e trabalhada varia conforme os universos sociais, os significados e as práticas culturais moldam o seu curso. Para o autor, a cultura influencia a experiência dos sintomas, a linguagem usada para se referir a eles, as decisões sobre o tratamento, a possibilidade de eventos como o suicídio e as práticas profissionais. A cultura está intimamente ligada às condições econômicas, políticas, psicológicas e biológicas, ela também afeta a interação de fatores de risco com os determinantes de suporte social e protetores psicológicos, o que pode favorecer ou impedir o surgimento da depressão. Como resultado, algumas condições são universais e outras culturalmente distintas, mas todas possuem um significado específico dentro de um contexto particular.

Kleinman (2004) considera que a cultura não é algo estático, mas um processo através do qual atividades ordinárias adquirem significado emocional e moral para seus participantes. O processo cultural inclui a incorporação de significado nos hábitos e reações fisiológicas, o entendimento do que está em jogo em situações particulares, o desenvolvimento de conexões interpessoais e o cultivo de uma identidade coletiva e individual. A compreensão da cultura como algo fixo impede a capacidade de entendimento e resposta aos diversos estados de doença, principalmente se considerar a depressão.

Numa sociedade complexa pós-moderna, onde é geralmente difícil determinar a norma cultural ou como experiências diferem nas comunidades, as variações culturais podem determinar desencontros entre o médico e o paciente. Conforme Kleinman (2004), a biomedicina é responsável por confusões no que se refere à depressão. Sintomas que representam o transtorno depressivo para o profissional, como tristeza e desespero num paciente terminal com câncer, não denotam um problema médico para o

doente e sua família, para os quais a depressão é um sinal da experiência moral do sofrimento. O que é visto por uma particular rede de social como uma resposta emocional normal, como a dor prolongada devido ao luto, pode ser considerada como episódio depressivo pelo psiquiatra, caso ultrapasse os dois meses considerados normais para a resposta ao luto, conforme o DSM-IV. Dessa forma, existe a necessidade crítica do profissional da biomedicina reavaliar os conceitos sobre depressão, quando o sofrimento é analisado numa perspectiva cultural (Cohen, 2004).

Médicos e pacientes não percebem a doença da mesma maneira. Kleinman (1991) distingue as experiências, expressões e percepções do paciente em relação aos sintomas, definidas como *illness*, da forma como o profissional da biomedicina considera as queixas do paciente tendo em conta seus modelos teóricos de patologia, definida como *disease*. Segundo o autor, as crenças sobre a doença, o significado pessoal da dor e do sofrimento e as maneiras de se comportar quando enfermo resultam de um processo de mediação. As explicações profissionais e leigas da experiência são comunicadas e negociadas imersas em relações particulares de poder; assim, o adoecimento é sempre um fenômeno culturalmente moldado e inseparável das relações sociais.

Dessa forma, a experiência da doença não é considerada como a simples expressão de um processo patológico subjacente, mas vista como uma conjunção de normas, valores e expectativas individuais e coletivas, que se expressam em maneiras particulares de pensar e agir (Uchoa e Vidal, 1994). O discurso do paciente sobre a doença e o adoecer carrega um sentido que vai além da alteração biológica e que permite a articulação do indivíduo com o seu contexto (Peres e Almeida Filho, 2005). Os modelos explicativos dos médicos diferenciam-se dos utilizados pelos doentes e suas famílias, esses modelos se originam de universos distintos e refletem crenças, normas de conduta e expectativas específicas. A análise dos modelos explicativos utilizados pelos profissionais, doentes e suas famílias permite perceber a discrepância entre os modelos médicos e leigos, como eles se articulam e quais os conflitos gerados na atividade clínica, educativa ou de pesquisa (Uchoa e Vidal, 1994).

3.5) Para a Solução de Conflitos

Segundo Guedes e colaboradores (2006), a medicina estaria passando por uma crise na atualidade, não devido à produção de conhecimento na área, mas por causa de

problemas éticos, políticos, sociais e pedagógicos. Entre essas questões estaria a precariedade dos programas de atenção à saúde, a ênfase no diagnóstico em detrimento da cura, o crescente mercantilismo na relação médico-paciente, a competição entre especialidades e entre classes de profissionais da saúde, os conflitos entre os utentes e os serviços de atenção à saúde, além dos problemas da formação médica e de outros profissionais da área. Deve-se frisar, ainda, que a autonomia do profissional dentro do modelo biomédico é posta em questão pelo controle e hierarquia burocratizada institucional (Kleinman, 1995a).

O uso da ética, pautada no conhecimento antropológico, surge como uma base possível para a negociação dos conflitos surgidos na prática médica e relacionados às diversas questões expostas ao longo desse trabalho. Segundo Kleinman (1995b), o que caracteriza a perspectiva antropológica na abordagem ética é a ênfase em questões que emergem das experiências de doentes, familiares e curadores nos contextos locais. Em vez de proposições éticas universais – filosóficas, políticas ou econômicas – devem ser focadas as interações locais da vida cotidiana e nas questões morais em que estão imersas.

Ética pode ser definida como o estudo teórico, prático e descritivo da vida moral: normas das pessoas sobre ações corretas, assim como códigos profissionais; enquanto moral se refere às convenções ou visões de mundo compartilhadas socialmente sobre ações humanas corretas ou erradas (Gordon, 2004). Um dilema ético denota uma situação em que uma decisão clínica deve ser feita, mas que existem, pelo menos, duas opções opostas válidas, fundamentadas em valores morais moldados por crenças socioculturais (Gordon, 2004). Para que uma bioética universal possa ser válida, deve-se reconhecer como contextos locais moldam a construção de dilemas éticos – como, por exemplo, nas comunidades de baixa renda, questões morais relativas à equidade e escassez são mais presentes do que as relacionadas à autonomia (Gordon, 2004).

Conforme Kleinman (1995b), a bioética atual é pautada na autonomia da pessoa, sendo esse o principal valor entre as idéias de justiça e beneficência. Porém, o autor chama a atenção para o fato de que, numa perspectiva transcultural, esse compromisso teórico é complicado. Na maioria das populações não ocidentais, poucas pessoas asseguram que o indivíduo isolado é o *locus* da responsabilidade para a escolha terapêutica; ao contrário, há um predomínio do consenso sociocêntrico, no qual

obrigação social e responsabilidade familiar superam a autonomia individual na hierarquia dos princípios éticos.

Da mesma forma, numa perspectiva etnográfica, o uso de conceitos abstratos de justiça e beneficência como princípios éticos universais na tomada de decisões é suspeito, devido à dificuldade em se considerar mundos reais nos quais pacientes e profissionais vivem – mundos com injusta distribuição de poder, recursos e direitos (Kleinman, 1995b). Segundo Kleinman (1995b), é utópico e enganador a aplicação de princípios de justiça e beneficência para problemas clínicos práticos, a menos que se leve em conta a realidade brutal de locais onde a doença é distribuída em extratos socioeconômicos e o acesso e a qualidade do cuidado de saúde são restritos pela política econômica. Comunidades reais são fontes de sofrimento, mais do que de assistência; elas não têm contratos sociais, mas são preenchidas por interesses e status diferentes, divisões de classes e conflitos étnicos. Assim, o autor conclui que pouco se ganha ao aplicar virtudes utópicas e muito se perde com a ilusão e distorção das realidades práticas da vida.

Kleinman (1995b) argumenta que sistemas éticos que não abordam o problema do sofrimento e de conceitos relacionados à persistência ou à coragem não podem alcançar adequadamente o cerne das questões relativas ao cuidado e à doença. O autor critica a bioética padrão que, em consonância com a biomedicina, rejeita a teologia. Assim, os propósitos e significados da religião são banidos, ainda que muitos pacientes e profissionais lutem por dar um sentido para a doença em concordância com códigos culturais que oferecem explicações coerentes da experiência. O envolvimento daquele que pretende aplicar a ética nas questões médicas deve ser em facilitar a comunicação e a negociação de orientações conflitantes; nesse trabalho é importante proteger os participantes de imposições desumanizantes de princípios hegemônicos (Kleinman, 1995b).

Segundo Kleinman (1995b), a formulação cultural do diagnóstico e da terapêutica identifica e compara os modelos explanatórios de leigos e profissionais, evidenciando os conflitos culturais e definindo o processo de negociação. Esse é um processo sistemático de situar a experiência da doença e do tratamento na base cultural do contexto familiar, do trabalho e do sistema de cuidado social, através da aplicação de uma pequena etnografia – uma descrição e interpretação de como esses aspectos são afetados pela doença. O autor afirma que o trabalho é situar o problema bioético no *ethos* local, de forma a entender o que está em jogo para os participantes e o que é

contestado, para oferecer uma formulação cultural das prioridades éticas conflitantes. Para tal, o autor propõe determinados passos: primeiro, comparar sistematicamente padrões locais e profissionais para certo problema; segundo, negociar a parte da diferença na qual ambas as partes possam assumir o compromisso ético; terceiro, onde um compromisso transcultural não possa ser resolvido, ambas as partes devem especificar a natureza do problema para posterior resolução. Negociação e compromisso nem sempre podem resolver o conflito ético e, mesmo quando o fazem, algumas perdas sempre ocorrem. O autor finaliza que a questão não é integração e unificação, mas considerar o pluralismo cultural.

4) A FORMAÇÃO MÉDICA

Antes de se lançar um olhar crítico sobre a consulta médica, é necessário tentar compreender os diversos fatores que influenciam essa prática. Dentre esses, a formação médica, inserida no modelo biomédico, destaca-se como determinante da postura profissional, pois além de fornecer os conhecimentos técnicos, também oferecem – ou deveriam oferecer – modelos de conduta profissional, não só a partir de fundamentos teóricos, mas, principalmente, da observação das condutas dos médicos orientadores. As diversas demandas de caráter social – como problemas relacionados ao casamento, ao emprego, às dificuldades escolares, entre outras – levadas ao consultório requerem do médico habilidades que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos (Sucupira, 2007). Diversos estudos (Good, 1995; Bonet, 1999; Souza, 2007; Falcão e Mendonça, 2009) abordam a formação médica desde a graduação, quando o jovem é iniciado no mundo da medicina, até a especialização, momento em que eclodem diversos conflitos entre o que foi aprendido na faculdade e a realidade vivida nos hospitais ou ambulatórios.

Segundo Coelho Filho (2007), o jovem estudante resolve cursar medicina por diversas razões, como o desejo de ajudar os outros, de trabalhar com demandas humanas, de salvar vidas, de diminuir o sofrimento das pessoas. Outros aspectos subjetivos, conscientes ou não, envolvidos na escolha são o desejo de sucesso profissional e financeiro, o reconhecimento social e a valorização do domínio e ascendência sobre o outro. Porém, independente das motivações específicas, existe uma tendência à dissolução de quase todas ao longo do percurso da universidade até a prática profissional. “O contato com o humano e todas as suas dimensões, objeto de desejo daquele jovem, na formação médica vai sendo sufocado por uma prática com ênfase na doença. O diálogo com os pacientes é pautado predominantemente pela exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos” (Coelho Filho, 2007:632).

Good (1995) afirma que o mundo da biomedicina é construído de uma forma distinta de realidade para aquele que está estudando para ser médico; durante a formação médica, o corpo e a doença são reconstruídos sob a visão da biomedicina. O autor argumenta que estudar medicina não é a simples incorporação de um novo conhecimento cognitivo, mas o processo de introdução a um novo mundo, a um sistema

de realidade distinto. Entrar no mundo da medicina é aprender práticas fundamentais através das quais o médico formula a realidade numa visão específica. Essas práticas incluem modos especializados de ver, escrever e falar.

A entrada do estudante no mundo da medicina começa pelas ciências biomédicas, disciplinas que tratam o corpo como um objeto, uma matéria passiva alvo do estudo (Souza, 2007). Os primeiros anos da formação médica são dedicados às ciências básicas, que têm como objetivo o ensino dos princípios básicos que regulam a organização do corpo humano do nível molecular até o orgânico. Morfologia, histologia, anatomia, genética, bioquímica, biofísica, fisiologia, permitem o recorte detalhado do corpo humano, oferecendo leis e mecanismos que explicam o seu funcionamento. O corpo é visto e reconstruído a partir de disciplinas que permitem a percepção da materialidade corpórea, de sua essência física cada vez mais profunda, palpável e manipulável (Good, 1995).

Segundo Good (1995), a educação médica começa com a inserção no corpo humano. A partir da observação de células e tecidos ao microscópio, de peças anatômicas ou imagens de radiológicas, o estudante ganha intimidade com o corpo. Esses diversos recortes hierarquizados levam a reconstrução do corpo humano como corpo objeto de estudo médico. O autor ressalta a importância do estudo da anatomia para a obtenção do novo olhar sobre a corporeidade. A partir dessa disciplina, pode-se fazer a reconstrução da pessoa como um cadáver, um caso, um paciente. Para obter essa nova visão, o estudante realiza um trabalho para descartar todos os elementos pessoais, culturais e existenciais que anteriormente serviam para a construção da pessoa. O corpo é reconstituído como um “corpo médico” muito diferente daqueles com os quais se interage na vida cotidiana e a intimidade com esse corpo reflete um conjunto novo e distinto de percepções e respostas emocionais. Essa reconstrução do sujeito é considerada essencial para o estudante se tornar um médico competente.

Durante os primeiros anos na faculdade de medicina, o estudante aprende a ver o corpo de uma maneira diferente. Good (1995) refere que o ensino da biologia humana é essencialmente visual. Ensinar a ver está relacionado ao ensino da ordem hierárquica natural da biologia. A ciência médica está associada à idéia de uma ordenação hierárquica em que um nível determina a organização de outro de uma maneira racional; nas estruturas mais fundamentais estão as causas dos fenômenos superficiais. Assim, já no início da formação médica é adquirida uma importante forma de interpretação da realidade. Os sinais, sintomas e experiências são compreendidos conforme os

mecanismos subjacentes a um nível ontologicamente anterior; há uma base material e visível que permite explicar os fenômenos observados.

Segundo Good (1995), se aprender a ver de uma nova maneira é fundamental para a construção do objeto da medicina nos primeiros anos da formação médica, aprender a escrever e a falar é crítico durante o período inicial do treinamento clínico. Neste momento, os estudantes ansiosos para lidar com pacientes reais começam a se inserir no universo hospitalar e a integrar as equipes de internos, residentes e médicos assistentes. É durante esse período que eles aprendem a construir pessoas doentes em pacientes, percebidos, analisados e apresentados adequadamente para o tratamento médico.

O estudante aprende a colher, selecionar e organizar a história do paciente, que é dividida em queixa principal, história da doença atual, revisão de sintomas, doenças anteriores, história familiar e social, finalizando com o exame físico. Essa é uma prática formativa que permite elaborar a pessoa como um paciente, um documento e um projeto. A escrita no prontuário médico organiza a conversa com o paciente e todo o exame clínico através de sua estrutura e categorias, o que justifica o recorte sistemático da narrativa do paciente. Além disso, a escrita é feita para uma audiência, pois outros médicos irão basear sua decisão pautados nesse documento e ainda avaliarão o estudante a partir do que está escrito.

Good (1995) coloca que outro passo fundamental para a formação do médico é a apresentação de casos, que não são apenas histórias, mas a formulação da pessoa como um paciente ou uma doença e, assim, como problema médico. O aprendizado da escrita médica serve como base para o aprendizado da fala, outra importante fase do treinamento médico. O autor afirma que os estudantes pouco referem sobre a conversa com o paciente, provavelmente por causa do escasso tempo que dedicam a essa atividade, mas, principalmente, devido à percepção de que a ação discursiva central da prática médica não é entrevistar o paciente, mas apresentá-lo. A apresentação do caso de maneira persuasiva é fundamental para se tornar médico. Isso requer que se saiba o bastante sobre a condição clínica do paciente, a evolução da doença, os diagnósticos diferenciais, o tratamento adequado, tudo isso sendo relatado de forma sintética e em poucos minutos. Deve-se apresentar uma boa história, organizada cronologicamente, traçando a origem e a evolução da doença, delineando o diagnóstico como um quebra-cabeça. Os estudantes tornam-se cientes dessa dimensão performática e há grande investimento nessa atividade, pois é a principal forma de aprovação e crítica de sua

experiência nos primeiros estágios da formação clínica. Isso não tem relação com o tempo que é gasto conversando com o paciente ou quão cuidadoso é com ele ou, ainda, se há uma boa relação, mas com a maneira como o caso é apresentado aos colegas e aos médicos orientadores.

Aprender a apresentar o caso é saber filtrar o que é importante na narrativa, ou seja, descartar tudo o que possa trazer confusão ao diagnóstico, como a subjetividade própria do paciente. Esse discurso diz respeito ao objeto da medicina, à doença reduzida numa lesão tecidual e nos processos fisiológicos desordenados. Como resultado, os estudantes aprendem a relacionar funções fisiológicas e doenças com números e valores laboratoriais, a desenvolverem uma forma distinta de pensamento clínico, a fazer procedimentos (Good, 1995).

A elaboração da história clínica do paciente, mais do que uma organização e interpretação da experiência, é uma forma de construir e modificar a realidade, já que essa construção levará a conseqüências concretas na vida do paciente e seus familiares (Good, 1995). A pessoa, o sujeito do sofrimento, assume uma posição passiva e é apresentado como o sítio da doença, ao invés de ser o agente da narrativa. A construção do caso clínico exclui tudo o que pode confundir o diagnóstico e a decisão terapêutica, ou seja, tudo o que está relacionado à experiência pessoal e contexto cultural do paciente. Se há o questionamento sobre a história familiar e hábitos do paciente, é mais para descobrir fatores genéticos ou estilos de vida determinantes de patologias – como o tabagismo ou sedentarismo –, do que investigar fatores sociais ou psicológicos que interferem na condição do paciente.

Souza (2007), assim como Good (1995), considera o registro do prontuário e a apresentação de casos duas práticas fundamentais para a formação médica, além de determinarem a construção do paciente como um objeto das intervenções médicas. Souza (2007) em seu trabalho etnográfico em um ambulatório de cardiologia do Hospital da Universidade Federal da Bahia, Brasil, acompanhou como os estudantes aprendem os processos patológicos na área da cardiologia, mas principalmente escrever receitas, prontuários, relatórios, apresentar casos e dominar o vocabulário médico. A autora observou também o trabalho relacional em que o estudante aprende a lidar com o paciente, professores, médicos assistentes e outros profissionais do ambulatório.

Conforme Souza (2007), a crença na ciência, na tecnologia e na existência do mundo como um conjunto de fatos objetivos facilita a entrada e o aprendizado do

estudante no mundo da medicina. Esse percurso privilegia a visão do corpo e da doença como realidades essencialmente biológicas e materiais.

Somente após os primeiros anos de formação voltados para as ciências biomédicas, quando apenas há o contato com corpos mortos e fragmentados, o estudante é autorizado a lidar com o paciente para obter o aprendizado clínico nos ambulatórios e hospitais universitários (Souza, 2007). Esse aprendizado clínico é marcado pelo contato direto com o paciente e sua doença, algo apenas conhecido no nível da teoria. Segundo Souza (2007), essa metodologia de ensino é fundamentada pela idéia de que assim o estudante pode sedimentar o que foi aprendido nas disciplinas teóricas, adquirir habilidades e assumir a atitude correta em frente à doença e ao paciente. Ao ingressar nos ambulatórios e hospitais, os jovens devem exercer um duplo papel: o de estudante e de médico (Souza, 2007). Nesse momento, eles são confrontados com pacientes reais, devendo aplicar na prática seus conhecimentos sobre as patologias, além de demonstrar aos professores sua capacidade de conduzir uma consulta e definir a conduta. Os estudantes devem tornar-se aptos a elaborar o perfil do paciente em vocabulário médico e científico adequado – o que acaba por tornar o doente na doença.

Souza (2007) argumenta que apesar da medicina não se resumir puramente a essa versão biológica da vida, o treinamento médico está predominantemente voltado para o contato impessoal com o paciente, que mediante uma forma específica de enquadramento é destituído de características pessoais. A tentativa de eliminação de qualquer ambigüidade ou contingência humana na maneira de reconhecer e tratar a doença revela um aspecto da medicina relacionada a um movimento geral da cultura ocidental em direção à racionalidade fundada no cálculo. Para a autora, essa tendência torna-se deletéria ao desautorizar outras habilidades – como compreensão ou intuição, que não se enquadram na racionalidade instrumental – sejam incentivadas e trabalhadas, o que levaria ao “excesso de confiança na calculabilidade de tudo” (Souza, 2007:495).

Segundo Souza (2007), um encontro singular ocorre no ambulatório, pois além de escutar o sofrimento dos pacientes, os estudantes convivem com médicos em diferentes fases da carreira. Essa pluralidade de vozes que dialogam sobre questões profissionais permite ao estudante esboçar uma idéia do que é a vida e o trabalho do médico, adquirir a noção de que “[...] ser médico é algo além da simples aplicação do conhecimento científico visando intervir em um processo patológico ou lesão” (Souza, 2007:475).

Good (1995) afirma que durante o período de aprendizado da clínica médica, os estudantes percebem muitas vezes as arbitrariedades de decisões terapêuticas, a falta de sensibilidade com os pacientes, as falhas e os sucessos dos tratamentos e, ao mesmo tempo, reconhecem que não possuem a experiência nem o conhecimento necessário para julgar e questionar as decisões de seus superiores, obedecendo a hierarquia da instituição. Os estudantes passam grande parte de suas vidas dentro do hospital e são continuamente observados e avaliados. Suas práticas são rigorosamente controladas, já que erros podem ser potencialmente fatais.

O hospital não é apenas um lugar de construção e tratamento do corpo medicalizado, mas um local de dramas morais onde pessoas sofrem e sentem medo perante a doença e a morte; dramas que devem ser enfrentados tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. Segundo Good (1995), a eclosão de um drama moral que desorganiza a rotina do hospital demanda um esforço para se restabelecer a ordem e controle através de explicações racionais, procedimentos padronizados e manejo de técnicas e tecnologias. Ao invés de suscitar uma reflexão moral sobre o sofrimento humano, a ordem deve ser reestabelecida pelo uso de explicações e procedimentos médicos.

Bonnet (1999), em seu estudo etnográfico realizado num hospital público da cidade de Buenos Aires, Argentina, afirma que na formação médica o hospital torna-se a principal instituição socializante, permitindo a criação de uma identidade profissional. Esse papel fundamental do hospital na formação e prática médica é consequência de um processo que se deu em conjunto com a criação da clínica como disciplina científica, “[...] pela qual a aprendizagem e a prática junto ao leito do doente são considerados essenciais” (Bonnet, 1999:127).

Antes um lugar de assistência aos pobres e controlado pela igreja, somente a partir do século XVIII o hospital passa a ser um local de cura e de aprendizado da clínica. A reestruturação do hospital se dá através da disciplina que é “[...] a individuação pelo espaço, a inserção de corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (Foucault, 1979 *in* Bonnet, 1999:128). Além de mecanismos disciplinares, a reconstrução do espaço hospitalar se deve a uma mudança na sua hierarquia de poder; ao invés da igreja, o médico se torna o principal responsável. Com a instauração do poder médico, o hospital se transforma não só num lugar de cura, mas num meio essencial para a produção e transmissão do conhecimento médico (Bonnet, 1999).

Nesse contexto é inaugurada a visita ou corrida aos leitos, momento em que os médicos e estudantes reúnem-se em torno do leito do paciente para apresentar o caso clínico e discutir diagnósticos e condutas (Bonnet, 1999). O médico orientador pergunta ao paciente sobre seus sintomas, mostra aos alunos os sinais da doença e os correlaciona aos mecanismos patológicos intrínsecos; o aprendizado não é feito pelos livros, mas pela experiência e conhecimentos obtidos no hospital.

Bonnet (1999) considera a visita aos leitos como uma situação ritual, um momento que conecta diferentes trajetórias passíveis de serem analisadas tendo em vista o antes, o durante e o depois do encontro. É nesse momento ritual, quando o paciente mostra sua doença para o olhar dos médicos, que se revela a tensão estruturante. O autor utiliza o conceito de ritual conforme proposto por Turner: “Comportamentos estereotipados [...] que servem para comunicar informação a respeito de valores culturais mais apreciados [...] O ritual, essencialmente, como uma ação, e não necessariamente como regras ou rubricas” (Turner, 1980 *in* Bonnet, 1999: 132). Porém, a maioria dos rituais não estão completamente estereotipados, pois entre estruturas rígidas surgem passagens variáveis que requerem uma improvisação. E, segundo o autor, é desta interpretação improvisada que se cria um novo significado para o saber médico, “[...] o que nos leva a pensar que nesses rituais não entram em jogo atores que cumprem um papel prescrito, mas agentes que improvisam de acordo com umas poucas linhas dadas nas obras e com suas trajetórias pessoais, através dos quais ‘vivem’ o ritual” (Bonnet, 1999: 132).

Segundo Bonnet (1999), ao permitir o encontro entre médicos, estudantes e pacientes no momento da corrida de leitos, o hospital possibilita a manifestação de uma tensão estruturante entre as dimensões científico-racional e humano-passional. O hospital torna-se, assim, o espaço fundamental “[...] onde se manifestam o saber médico e o saber dos leigos, os temores e as certezas e onde os conflitos suscitados pela tensão estruturante (da qual a biomedicina não pode escapar, por fazer parte dos seus fundamentos) [...]” (Bonnet, 1999:128). A partir de uma nova concepção de corpo, cuja origem está na filosofia mecanicista, a medicina positivista instituiu um dualismo entre o corpo –material e mensurável – e o homem – o espiritual, social e psicológico. Esse dualismo entre o material e o espiritual é a fonte da tensão estruturante da prática médica. Ao longo da formação médica, a associação entre biomedicina e ciência é experimentada por uma tensão estruturante, que “[...] coloca os sujeitos em uma posição

dividida entre o que devem fazer e o que sentem ao fazer. *Saber e sentir*” (Bonnet, 1999:125).

Conforme o autor, a tensão estruturante subjacente à prática da medicina é percebida na oposição entre o científico e o humano, que pode ser apreendida a partir das noções de competência e cuidado. A competência relaciona-se com as ciências básicas, os saberes e as habilidades médicas; o cuidado abrange a dimensão da empatia, da compaixão, dos aspectos pessoais e humanos da medicina. Conforme o autor, a tensão estruturante já pode ser percebida ao longo da formação médica. Os jovens médicos em processo de especialização reclamam que “[...] sua formação é biologista e, na sua prática cotidiana, com diferenças de grau, continuam com uma formação biologista, embora no seu decurso se observe uma preocupação com os aspectos *humanos*.” (Bonnet, 1999:142). Segundo o autor, os médicos em formação revelam perder a capacidade de equilibrar a competência e o cuidado, vistos como fundamentais ao ideal médico; ao longo do processo para atingir a competência eles perderam as capacidades do cuidado que determinaram seu interesse e incentivaram a entrada na carreira médica.

O período de especialização realizado no hospital após a conclusão da graduação é valorizado como a primeira experiência profissional, passando o jovem médico a praticamente viver no hospital, o que pode gerar problemas de adaptação, conforme discutido por Bonnet (1999). “Tais mudanças, que se apresentam ao sair da faculdade, configuram um umbral onde a medicina adquire novas dimensões. Estas colocam os residentes diante da deficiência de sua preparação, diante da falta de adequação entre a aprendizagem recebida na faculdade e os conhecimentos necessários para o desempenho no hospital; essa falta de adequação nos leva a diferenciar uma medicina vivida de uma medicina de livro” (Bonnet, 1999: 130).

Conforme Bonnet (1999), a tensão estruturante manifesta-se, essencialmente, nos processos sociais que propiciam o surgimento de conflitos, de modo que se pode aludir à idéia de drama social, como referência aos processos desarmônicos que originam situações conflituosas e que colocam em xeque mecanismos de reparação e reintegração. Situações de conflito na prática médica estão freqüentemente associados à construção do diagnóstico. O diagnóstico é extremamente valorizado, já que a partir dele os médicos irão definir as condutas e prognósticos para o caso apresentado pelo paciente. O autor considera o diagnóstico como o símbolo dominante de um processo social ritualizado, em torno do qual se dará o drama social. Por símbolo dominante

entende-se o conjunto de valores axiomáticos, que são um fim em si mesmo, e que apresentam dois pólos de sentido: o pólo ideológico, que contém significados relacionados a normas e valores de ordem moral e ideológica; e o pólo sensorial, que agrupa significados associados a fenômenos fontes de desejos e sentimentos (Bonnet, 1999). A autora afirma que a tensão estruturante está presente no processo diagnóstico, já que o pólo ideológico, referente à técnica e ao saber biomédico, sobrepuja o pólo sensorial, relacionado aos sentimentos e desejos que se associam a essa técnica e esse saber. “Aquilo que alude às dúvidas, aos sentimentos, aos ensaios e erros nos tratamentos, aos ‘não sabemos’ ou ‘não explicamos’, tudo isso que nos fala da pessoa do médico e do paciente não está incluído no diagnóstico como resultado” (Bonnet, 1999:137)

Para a construção do diagnóstico, os novos médicos passam por um processo de aprendizado, no qual adquirem os *habitus* profissionais necessários para tal. Ao falar de *habitus*, considera-se os “[...] princípios geradores e estruturadores das práticas e representações do social incorporado, da subjetividade socializada” (Bonnet, 1999:137). Nesse processo, os jovens médicos tomam posse do pólo do saber. Segundo Bonnet (1999), o que é aprendido nesse momento é denominado como *saber enfrentar o paciente*, aprender a *pensar o paciente*. Da desordem trazida pelo paciente, o médico deve separar, sistematizar, racionalizar, para chegar à ordem, ao diagnóstico. Na relação com o paciente o que importa é chegar a um diagnóstico. A partir de um conjunto de sinais e sintomas referidos pelo paciente, elabora-se um diagnóstico provável que, ao ser comprovado por meio de exames complementares, transforma-se no diagnóstico definitivo. Bonnet (1999) afirma que na construção do diagnóstico “[...] ocorrem negociações, tácitas ou explícitas, avaliações dos enunciados produzidos e do agente que os produz, mas que na formulação científica do diagnóstico ficam eliminadas” (Bonnet, 1999:140). Assim, eliminando a subjetividade inerente ao processo, é outorgado um critério de objetividade ao diagnóstico.

A partir da tensão estruturante da prática médica surge uma pergunta: até que ponto o médico pode envolver-se com o paciente, até onde vai a dimensão do cuidado? Como dar conta desse aspecto do fazer cotidiano que coloca o médico face a face como doente em sua totalidade? Diversas são as situações geradoras de conflito entre o saber e o sentir – como a morte de um paciente ou a recusa desse em aceitar o tratamento proposto pelo médico ou, ainda, quando a terapêutica indicada é tão agressiva quanto a doença – e nesses casos fica a questão do que é considerado correto e os critérios

médicos são penetrados pela dimensão humana e por problemas éticos (Bonnet, 1999). Porém, essa tensão estruturante não ocorre rotineiramente, mas apenas em situações limites que levam o médico a refletir sobre sua prática (Bonnet, 1999).

Quando deparados com a morte de pacientes, estudantes de medicina revelam dúvidas e angústias, expressas em frases como “Não me sinto seguro emocionalmente para conviver com os medos e as dores da morte. [...] tenho a certeza de que o pouco de que sou capaz não foi aprendido na faculdade de Medicina” (Falcão e Mendonça, 2009:365). Segundo os autores, esses depoimentos sobre o despreparo em relação à experiência da morte, mais do que um aspecto da formação médica, revelam o estágio da civilização atual em que impera a “[...] falta de espontaneidade na expressão de sentimentos de simpatia nas situações críticas de outras pessoas não se limitam à presença de alguém que está morrendo ou de luto” (Falcão e Mendonça, 2009:365).

Falcão e Mendonça (2009) desenvolveram um estudo etnográfico sobre como a morte é tratada pelos médicos docentes em um hospital universitário brasileiro. Segundo os autores, os termos sofrimento, despreparo e sentidos da morte aparecem nas falas associados à falha da formação médica, que, inserida no modelo biomédico, desconsidera a integridade do paciente. O médico docente também sente sua integridade atingida, pois os discursos do grupo revelam sinais de desgastes emocionais conseqüentes do exercício da clínica. “Sem espaços institucionais de trocas entre si para o enfrentamento dos limites dos procedimentos técnicos [...], os médicos docentes permanecem circunscritos em experiências individuais não compartilhadas” (Falcão e Mendonça, 2009:371).

Os autores frisam que os discursos mais representativos foram os relacionados à expressão de sofrimentos, dificuldades e falhas na formação, porém os médicos docentes, no geral, carecem de um maior investimento na reflexão sobre os sentidos da morte. Surge o questionamento sobre a dificuldade desses médicos de se verem implicados na formação que debatem, mas que continua a ser dada aos estudantes. Os médicos docentes criticam a postura de seus alunos: muitos têm dificuldade de comunicação com o doente, o que seria um problema de formação pessoal ou uma questão cultural; que se preocupam mais com questões técnicas, como entubar ou passar um cateter; ou ainda que não têm o discernimento para agir em relação a um paciente terminal. Porém tais críticas parecem ignorar que os estudantes se comportam dessa forma porque aprenderam e tiveram modelos incorporados por meio da instituição onde estão se formando como médicos. (Falcão e Mendonça, 2009).

Assim, segundo os autores, os médicos docentes além de não possuírem um espaço coletivo onde possam compartilhar experiências e desenvolver reflexões mais amplas sobre as dificuldades vividas ao lidar com a morte e o sofrimento do paciente, também carecem de uma percepção articulada do contexto onde atuam e das repercussões de seus comportamentos no ensino da prática médica. Pode-se compreender porque os médicos “[...] enfatizaram o longo tempo demandado para adquirir comportamentos mais adequados e o sofrimento experimentado em tal duração: não aprenderam durante a formação e não têm (ou tiveram) apoio do coletivo de pares na instituição em que atuam” (Falcão e Mendonça, 2009:372).

A partir do discurso dos médicos docentes, Falcão e Mendonça (2009) afirmam que não confirmaram um padrão de distanciamento, impessoalidade ou indiferença em relação aos pacientes fora de esperanças terapêuticas. Existe a fala do sofrimento, dos sentidos da morte, da precariedade da formação médica em dar subsídios para trabalhar com a morte no cotidiano. O que, segundo os autores, “[...] permite confirmar uma herança de insuficiências que uma geração de médicos passa para outra por meio da formação oferecida” (Falcão e Mendonça, 2009:372).

Para os autores, uma proposta possível para minimizar essa repercussão negativa na formação médica seria a criação de espaços institucionais, que possibilite o compartilhamento sistemático idéias, experiências, sentimentos e expectativas entre médicos docentes e estudantes. Essa ação “[...] representaria um antídoto ao que se denunciou como forte influência que limitaria o reconhecimento da integridade de um paciente: a excessiva presença da ótica da biomedicina na instituição pesquisada” (Falcão e Mendonça, 2009: 372).

Bonnet (1999) afirma que, apesar dos médicos em formação terem uma preocupação verdadeira com o paciente enquanto pessoa, a orientação prática predominante é biologicista, pois essas preocupações surgem apenas quando a tensão estruturante atinge um nível insuportável fazendo com que reflitam sobre sua prática, o que geralmente não acontece no cotidiano. A justificativa dada pelos médicos em especialização por não darem atenção aos aspectos humanos do paciente reside, majoritariamente, na falta de tempo e no trabalho excessivo que não permitem valorizar outro aspecto que não seja o tratamento. Assim, segundo Bonnet (1999), os médicos em processo de especialização são resultado de uma formação profissional assimilada de forma a não questionar as conseqüências que essa formação acarreta.

Good (1995) atenta para fato da medicina reducionista e biologizante ser mais presente nos centros de cuidados especializados, que têm por objetivo o tratamento de condições graves e agudas e dar alta ao paciente o mais rápido possível. Esse comportamento reducionista também é mais encontrado em estudantes e em jovens médicos do que em profissionais experientes, pois os primeiros estão mais preocupados com os aspectos técnicos que devem ser incorporados.

Diversos setores da sociedade têm discutido a atuação da medicina e de seus profissionais na atualidade. Vários fóruns que debatem o ensino médico têm indicado como falha da formação o distanciamento das escolas de medicina das necessidades da população, refletidos pela precoce especialização médica e pela tecnificação do cuidado, o que acaba por determinar o perfil dos médicos formados na atualidade (Gomes *et al*, 2009). Essa maior demanda por uma relação mais próxima e humanizada entre o médico e o paciente também se origina do reconhecimento por parte dos pacientes de seus direitos e responsabilidades (Moral, 2007).

Um movimento ético e humanitário dentro da profissão médica já possui repercussões no ambiente acadêmico e em algumas universidades a abordagem de temas referentes à bioética e à relação médico-paciente passaram a ter maior importância no currículo médico (Moral, 2007). A introdução de estudos éticos e políticos permitiriam uma maior consciência da dimensão econômico-social da medicina e a interiorização do valor da responsabilidade social do médico, desenvolvendo um comportamento de maior compromisso do profissional (Schraiber, 1997). Muitas escolas médicas já incluem em seus currículos disciplinas que abordam questões mais amplas da relação médico-paciente ou com viés sociológico e psicológico, mas que ainda ocupam uma parte mínima do programa e são geralmente marginalizadas dentro da instituição (Good, 1995; Sucupira, 2007). Essa marginalização do ensino voltado para o social ou psicológico reflete a valorização das áreas consideradas *hard* em detrimento das *soft* (Kleinman, 1995a), além de comprovar a hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica (Sucupira, 2007).

Entre as modificações necessárias para se ter uma formação médica mais completa, Moral (2007) ressalta que o ensino da relação médico-paciente deve se iniciar o mais precocemente possível no currículo médico. Para Coelho Filho (2007), a introdução de conteúdos oriundos de outras áreas, como filosofia e artes, é crucial na formação do médico, seja como um meio – com o uso de literatura e cinema nas aulas –

ou um fim, pois “[...] a sensibilidade artística é condição indispensável ao médico” (Coelho Filho, 2007: 632). Novos referenciais teóricos oriundos das ciências humanas, além daqueles do modelo biomédico, devem ser introduzidos no ensino da medicina, de forma a fomentar uma prática reflexiva em oposição a uma prática automatizada.

Moral (2007) frisa a importância do ensino e aquisição de habilidades técnicas comunicacionais para o estabelecimento de uma relação médico-paciente consistente. A efetiva comunicação, importante para a prática diária, estaria na base das habilidades do médico, não apenas para o levantamento da história clínica, mas para a construção da relação com o paciente, negociação e parceria com esse (Bubé, 2000 *in* Rossi e Batista, 2006). Segundo Coelho Filho (2007), esse ensino deveria iniciar com questões básicas, como o procedimento para obtenção de informações do paciente – tipos de perguntas, formulações dos questionamentos, interpretação do discurso – e evoluir até tópicos relacionados à negociação do plano de tratamento. Apesar da importância da comunicação na atividade profissional do médico, a carga horária para o ensino dessa habilidade é mínimo, sendo priorizado o ensino dos aspectos tecnológicos e biomédicos (Hulsman, 1999 *in* Rossi e Batista, 2006).

Para Rossi e Batista (2006), o aprendizado da comunicação ocorre fora do currículo oficial, de maneira subliminar, principalmente através da observação de profissionais em atividade, seja como médicos ou docentes. O ensino e aprendizagem dessa habilidade situam-se no contexto de disciplinas específicas, como semiologia e psicologia médica, ou perpassando de maneira implícita o currículo nas diferentes fases de formação. Porém, o principal responsável por esse processo de aquisição da habilidade comunicacional é a observação de modelos, seja de professores ou outros médicos no contato direto com os pacientes, notadamente durante os internatos nos hospitais e ambulatórios.

Rossi e Batista (2006), a partir da análise do processo de ensino e aprendizagem da comunicação na relação médico paciente, através da perspectiva de médicos recém formados e médicos docentes, perceberam que o uso de verbos como *explicar*, *transmitir*, *esclarecer* denuncia o caráter impositivo do emissor da mensagem que o médico assume nessa relação de comunicação. Apesar da maioria remeter à perspectiva da comunicação unidirecional, uma parcela dos investigados relata a importância de se ouvir e entender o paciente, de forma a estabelecer a participação ativa dos dois sujeitos envolvidos na produção e troca de significados.

Segundo os autores, a comunicação é vista como um procedimento instrumental para a execução do ato médico, para se chegar a um diagnóstico é necessário inquirir o paciente para a obtenção de dados. “O ato de comunicar é visto, assim, como uma “atividade-meio”. Até as atitudes afetivas de consideração e respeito são vistas como “atividades-meio”, como possibilidades de facilitação do fluxo de informações. “Escutar a fala” e “auscultar o fígado” podem receber a mesma consideração, como procedimentos paralelos do ato médico” (Rossi e Batista, 2006:100). Assim, a comunicação – entendida como um processo de troca de mensagens entre pessoas, sem que haja a imposição de idéias, mas como uma forma de aprendizado e prática da alteridade – não é realmente efetivada.

Para Coelho Filho (2007), o ensino da relação médico-paciente é uma importante estratégia para superar o desencontro atual da medicina com seus pressupostos básicos de ajuda ao próximo. Porém, para o autor, apesar dos diversos discursos sobre a exploração da experiência do paciente, dos significados socioculturais de suas queixas e da dimensão simbólica do adoecimento para o estabelecimento de um plano terapêutico em comum, ainda é pouco destacado a forma como fazer isso na prática. O autor considera que o problema está no conteúdo e no método de ensino; sem o uso de recursos práticos que permitam incorporar a tecnologia ao encontro médico-paciente e sem a mudança na prática dos próprios médicos docentes – que são os modelos da formação dos alunos – o ensino da relação médico-paciente torna-se retórico. Os diferentes modelos de relação médico-paciente são transmitidos para os alunos a partir da atuação dos professores, sem que muitas vezes haja uma discussão dessas posturas, que vão se cristalizando ao longo do tempo (Sucupira, 2007). Dessa forma, a análise crítica desses modelos – tanto por parte dos alunos, quanto dos professores – permitiria entender os benefícios e prejuízos decorrentes do tipo de relação que é estabelecida entre o médico e o paciente.

5) A PRÁTICA MÉDICA

Para a compreensão da prática médica, deve-se focar o ambiente do encontro entre o médico e o paciente, pois é nesse contexto que se inter cruzam de uma maneira específica os diversos componentes culturais, sociais e econômicos. A Figura 1 representa os fatores que compõe o complexo quadro da interação entre médico e paciente. O foco nesse momento permite levar para um nível real, da vida cotidiana, os diversos problemas anteriormente levantados. Os conflitos vividos nesse encontro estão relacionados ao contexto em que os agentes estão inseridos e a resolução ou não dessas questões irá depender da capacidade de negociação de ambos, mas principalmente do médico.

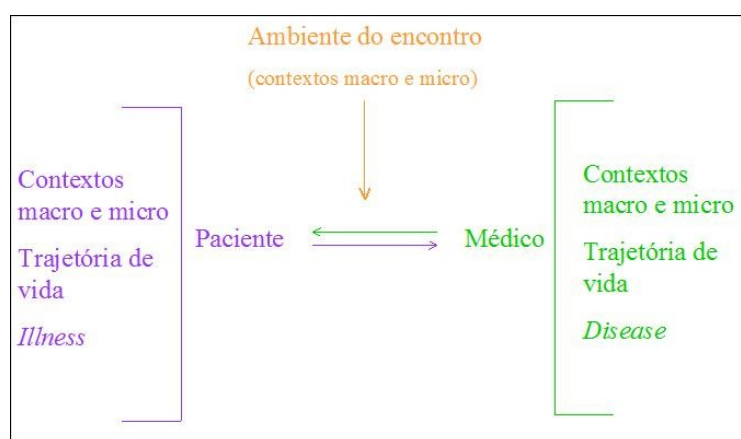


Figura 1: Determinantes do ambiente do encontro entre médico e paciente.

Segundo Acioli (2003), o consultório médico é o espaço do exercício do saber médico, o lugar por excelência do acontecimento da clínica. “Independente da forma pela qual se objetiva, ou do setor de produção em que se localize – se sob a gestão estatal nos serviços públicos, ou sob a forma de atividade liberal, autônoma – neste lugar, a clínica assume contornos de prática individual e privada, isto é, representa um modo singular de intervenção que, embora assentada em matrizes explicativas de natureza coletiva, se exerce na solidão do corpo individual” (Acioli, 2003: 96). Para o autor, existe no consultório o encontro de duas subjetividades: a do médico, doador de possibilidades cientificamente legitimadas para o restabelecimento da saúde; e a do paciente, portador de alterações que colocam sua condição de normalidade em risco. Essas subjetividades estão em posições antagônicas e possuem interesses muitas vezes

divergentes, mas que devem estabelecer um diálogo para a efetivação de um objetivo comum.

Conforme Dalmaso (2000), a prática clínica passou por modificações a partir da segunda metade do século XX, devido não propriamente aos avanços internos da medicina, como o desenvolvimento no campo da microbiologia, da genética e da farmacologia, mas à migração para a medicina de conhecimentos técnicos e científicos provenientes de outras áreas pela legitimidade social de valores que suportam e produzem. Se antes a prática estava baseada na valorização da tradição e da observação pessoal, da experiência do médico e uma certa desconfiança dos resultados estatísticos, atualmente ela é respaldada pelo saber proveniente da ciência.

A tecnologia pode ser entendida como o arsenal material e a técnica como o modo de operar o tecnológico, porém Dalmaso (2000) utiliza um conceito ampliado. A tecnologia é considerada como material e não material, sendo que essa última abrange tanto o conhecimento que instrui a ação, quanto as operações não baseadas diretamente em substrato material, como o contato interpessoal e a comunicação. A técnica pode ser entendida como o modo de fazer, não apenas conforme as características do recurso material, mas de acordo com as necessidades relacionadas com as formas de viver que determinaram a importância de uma intervenção.

Segundo Dalmaso (2000), a sistematização da tecnologia médica está presente nos textos das ciências médicas, que servem de base para a clínica, nos manuais, que estão voltados mais diretamente para a prática, e nas revistas especializadas, que são veículos de divulgação de novas informações, discutindo e confirmando o conhecimento acumulado e expressando opiniões nos seus editoriais e cartas de leitores. Os tratados médicos têm como conteúdo básico a conceituação da doença, informações sobre sua fisiopatologia e, especialmente, a tecnologia médica, abrangendo os modos de fazer o diagnóstico e instituir a terapêutica. Segundo o autor, nas últimas décadas do século XX, começou a ser desenvolvido um novo tipo de texto para o médico, as rotinas ou protocolos. Os *guidelines*, instrumentos característicos da medicina baseada em evidências, surgem como um novo tipo de literatura médica, importante recurso para sistematização e orientação para o que é considerado como boa prática. “Eles representam instrumentos não materiais de trabalho, conjuntos estruturados de problemas (queixas, sinais, condições de risco) e de soluções (diagnósticas e terapêuticas) que auxiliam a atuação e a tomada de decisão pelo médico” (Dalmaso, 2000:53).

As rotinas e protocolos têm por objetivo orientar o profissional no desempenho do seu trabalho, tendo como vantagens a exclusão de influências externas à medicina e à ciência e a diminuição da subjetividade; o que levaria a uma prática com menores incertezas e erros e forneceria subsídios para controle de custos e da qualidade da assistência. O conhecimento epidemiológico aplicado à clínica ganha legitimidade, o que contribui para a avaliação e legitimação das formas de diagnóstico e terapêutica. “A incerteza, identificada como inerente à Medicina e ao caso individual, é aparentemente controlada pelo estudo da série e o cálculo de probabilidades, procedimentos que têm na Matemática sua base teórica e de aceitação social. A preocupação com o acerto do diagnóstico (preciso) e com o bem-estar e apoio ao paciente é relativamente deslocada pela preocupação com custos e resultados” (Dalmaso, 2000:55). Assim, com a adoção de procedimentos respaldados pela pesquisa científica, homogeneizando e tornando rotineira a assistência, a norma acaba por sobrepor-se ao caso, estreitando-se a relação entre a técnica e a ciência.

Ao estudar as orientações para a prática dos médicos na última metade do século XX, Dalmaso (2000) pôde perceber um processo de localização da doença no corpo, objetivação do diagnóstico, tecnicização da relação médico-paciente, ampliação da intervenção, racionalização e quantificação dos critérios e procedimentos, busca de simplificação da concepção de doença e da terapêutica, mercantilização da prática, centralização das decisões e controle do trabalho do médico. Ao longo das décadas de 50 e 90, os atributos valorizados no desempenho do médico deslocaram-se da dimensão pessoal, humana e ética, para a da técnica, da perícia, da habilidade instrumental, do uso de equipamentos, da inovação, da autoridade do conhecimento especializado. Nesse mesmo período, ocorreu uma ampliação do campo da medicina que, além do paciente sintomático, passa a tomar como objeto aquele no qual é identificada condição de risco; os critérios de normalidade – do que é considerado socialmente admissível em termos de riscos – são estreitados. Além disso, o indivíduo singular deixa de ser alvo do cuidado, passando-se a considerar o paciente de maneira abstrata, relacionado-o a uma série de indivíduos com características clínicas semelhantes que tiveram determinados resultados com diferentes procedimentos.

Tesser (2007) argumenta que os conhecimentos biomédicos são considerados na prática clínica como verdades do ponto de vista operacional; o profissional confia que está a fazer o melhor ao firmar interpretações diagnósticas e ao prescrever tratamentos baseados nos saberes científicos, e o paciente, supostamente leigo no assunto, aceita e

confia na versão do médico. Por isso, segundo o autor, é importante refletir sobre a construção da verdade biomédica para se compreender algumas questões práticas, políticas e terapêuticas associadas à missão social de curadores dos profissionais médicos, cuja ética deve primar pela cura dos doentes, mas cujo saber é voltado para cura ou controle das doenças. “Antes de falar de cura, a biociência fala em verdades. Desvia para si toda a capacidade desse discurso, busca monopolizá-lo. [...] Só depois fala da cura, e nos seus próprios termos. Essa é a seqüência iniciática e pedagógica de qualquer curso profissionalizante de vertente científica, particularmente o curso médico” (Tesser, 2007:479).

A construção da idéia de verdade na biomedicina, segundo Tesser (2007) também considerada um princípio ético geral da saúde, estava baseada inicialmente no processo do adoecimento e a conseqüente limitação da liberdade, no sofrimento vivido e na busca do doente por ajuda, em que a terapêutica poderia ser bem sucedida ou não, conforme o grau de liberdade restituído. Desse pressuposto, emergem duas verdades relacionadas à missão ética e social do curador em relação à sua prática: primeira, a efetivação da cura vivida pelo sujeito, do aumento da liberdade; segunda, o vínculo da terapêutica com a cura ou sua prevenção. Como a biomedicina está intimamente ligada à racionalidade científica, surgem dentro do modelo biomédico dois tipos de verdades relacionadas com as anteriores, porém transformadas: a verdade da cura da pessoa tornou-se a ausência ou controle da doença cientificamente definida; e a verdade da terapêutica ficou restrita à cura da doença. Para o autor, essa transformação das verdades da cura e da terapêutica está implicada no processo de enfraquecimento da dignidade e da responsabilidade epistemológica e ética na prática médica, porém de maneira implícita.

A construção e validação das verdades foram transferidas da clínica diária do médico, da evolução de doentes reais, para o escopo dos estudos científicos de validação das intervenções. “Em outros termos, há uma progressiva desresponsabilização e alienação dos indivíduos curadores biomédicos, quanto à produção própria de conhecimentos para uso prático, seus resultados e conseqüências. Tal responsabilidade passa a ser remetida à pesquisa científica biomédica” (Tesser, 2007:472). Dessa forma, os profissionais remetem suas condutas à objetividade e universalidade do conhecimento científico da biomedicina. Os médicos e, conseqüentemente, os doentes passam a depender da validação científica para suas vivências, práticas e saberes. Dessa forma, surge a alienação ética, na medida em que o

médico atua apenas sobre os sinais e sintomas que caracterizam uma doença definida, tendendo a restringir aí sua responsabilidade. Fato esse que está relacionado à definição da doença como o pólo, a categoria central na qual se organizou a clínica e a pesquisa biomédica. “A verdade, assim, passando a operar no universo das categorias científicas, continua a existir, mas metamorfoseada em termos de objetividade do quadro mórbido reduzido (sintomas, sinais e exames complementares que possibilitam o enquadramento diagnóstico) que permite a cura ou o controle desse quadro” (Tesser, 2007:473).

Como consequência, a verdade da efetivação da cura vivida passa a ser controlada também na mente dos doentes através da medicalização social pelo saber biomédico, baseado nas doenças e síndromes estabelecidas (Tesser, 2007). As doenças da nosologia biomédica não conseguem de abranger todas as queixas relatadas pelos pacientes, cujos sofrimentos e dores não podem ser explicados e tratados satisfatoriamente pelos médicos. “Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta, ou mesmo, não se sabe como *dar conta* deles” (Guedes *et al.*, 2006:1095). Assim, quando os sintomas não são enquadráveis nessa nosologia, os profissionais tendem a desqualificar a narrativa do doente, afirmando que esse não possui nenhuma doença (Guedes e colaboradores, 2006; Tesser, 2007). Nos casos em que o imperativo ético – a missão de cura do doente – é considerado pelo médico, esse vê sua conduta limitada ao uso de quimioterápicos e acaba por envolver-se em outra situação difícil, mas rotineira, relacionada à medicalização do sofrimento: “[...] reconhecendo a legitimidade de “adoecimentos” pouco enquadráveis e sofrimentos vários, resta comumente ao médico o uso de sintomáticos químicos largamente disponíveis no mercado, cuja eficácia é real e via de regra momentânea, tão procurada quanto muitas vezes frustrante, além de substancialmente iatrogênica [...]” (Tesser, 2007:474).

Quando o adoecimento pode ser diagnosticado e enquadrado na nosologia biomédica, sua cura ou controle são avaliados por critérios científicos manipulados pelo médico, sendo que a versão do doente sobre os mesmos podem ser relevantes ou simplesmente ignorados; dessa forma, pode ser alcançada a cura objetiva da doença, mas não a do paciente (Tesser, 2007). Com o atual processo de objetivação e manipulação dos riscos como entidades concretas, similares às doenças, esse desencontro fica mais marcante, pois importantes causas de mortalidade e morbidade são doenças crônicas com poucos sinais e sintomas, como a diabetes e a hipertensão arterial (Tesser, 2007). Acredita-se que o controle das doenças implicaria num aumento

da liberdade, porém o controle abusivo determinaria a manipulação da pessoa e a diminuição de sua liberdade, que seria supostamente compensada pela diminuição dos riscos (Tesser, 2007).

Conforme Tesser (2007), o vínculo da terapêutica com a cura é comprovado na biomedicina através dos grandes estudos estatísticos padronizados conforme o padrão-ouro metodologia e as definições operacionais das doenças, distantes da experiência clínica. “Se o curador quiser produzir saber, terá que se transformar num cientista, entrar numa instituição, de preferência das grandes, conseguir equipe, infra-estrutura e financiamento. E publicar em local respeitado pela corporação médica” (Tesser, 2007:476). O autor conclui afirmando que “a construção social e epistemológica institucionalizada das verdades diagnósticas (monopolizado pela biomedicina e cada vez mais pela indústria científica dos exames complementares e de imagem) e terapêuticas (monopolizada pelos ensaios clínicos controlados e pelas indústrias farmacêuticas) desdobrou-se em processo de relativa alienação ética/ epistemológica e de desresponsabilização social pela missão curadora por parte dos médicos, individualmente. (Tesser, 2007:476).

A relação médico-paciente possui um efeito terapêutico há muito tempo reconhecido e, nos últimos anos, esse aspecto relacional tornou-se ainda mais importante, devido as alterações do padrão das doenças infecciosas, cuja intervenção médica apresenta resultados rápidos e visíveis, para as alterações crônicas e degenerativas, que necessitam de acompanhamento contínuo e participação ativa do paciente no processo de controle da doença (Sucupira, 2007). Os resultados do atendimento devem ser considerados a partir dos objetivos do paciente e não apenas em relação às suas queixas, inseridas no modelo biomédico (Sucupira, 2007).

Acioli (2003) amplia a denominação do termo paciente, tendo em vista aspectos de natureza econômica, ideológica, cultural e política. O paciente, quando denominado usuário ou utente de um serviço público ou coletivo, remete ao cuidado individual sob a ótica da cidadania, cujo acesso está marcado pela idéia do direito social. O paciente definido como cliente está associado às relações do mercado, da compra e venda de serviços. O paciente – usuário ou cliente – pode apresentar diferentes demandas aos serviços. “Uma é a demanda por cuidado, pela solução de um problema de saúde, uma necessidade básica de cuidado ou intervenção cuidadora. Outra, é a do usuário que comparece para solicitar procedimentos de natureza administrativa como emissão de um atestado de saúde, certificado, declaração ou similar, e no qual não se verifica alteração

digna de cuidado, ou cuja situação de normalidade não está posta em risco. Uma terceira possibilidade é a do usuário que se apresenta na forma de um coletivo, grupo ou instituição, como creche, escola, associação etc., para a qual se pode considerar as duas demandas anteriores, necessidade de cuidado específico e/ou de procedimentos normativos administrativos. Uma quarta situação é a do usuário que se apresenta sob representação, como o do conselheiro de saúde local ou municipal” (Acioli, 2003: 99).

A interação entre o médico e o paciente, como uma interação social entre pessoas, pressupõe relações entre grupos sociais e culturais, sendo influenciado por comportamentos, motivações e estado emocional dos envolvidos (Rossi e Batista, 2006). É uma relação assimétrica, tanto no que diz respeito ao saber envolvido, quanto ao papel social desses atores (Schraiber, 1997; Sucupira, 2007). Essa interação torna-se ainda mais problemática ao envolver aspectos relacionados à maior complexidade tecnológica incorporada ao trabalho médico e também ao estreitamento entre a prática médica e as leis do mercado (Filho, 2007). É importante, assim, ter em mente o contexto mais amplo da consulta médica, como as características da instituição em que ocorre – se é pública ou privada, rural ou urbana, hospitalar ou ambulatorial – e a própria inserção social dos envolvidos (Sucupira, 2007).

A relação médico-paciente é prejudicada por uma baixa qualidade da assistência, cujos determinantes extrapolam o próprio momento da consulta, como os problemas de acesso e elitização da assistência, a despersonalização dos cuidados e a burocratização assistencial, além da falta de motivação profissional e as más condições de trabalho (Schraiber, 1997). Em relação ao desempenho profissional, a prática dos médicos é influenciada pelo contexto em que está inserida, pelas condições de trabalho. “Assim, não só a remuneração do trabalho interpela a atuação de cada médico e do conjunto deles em cada situação institucional, mas também as instalações, os equipamentos existentes, as políticas institucionais de incorporação, manutenção e renovação de tecnologias, ou as formas institucionais de captar e fixar clientela e, ainda, os recursos humanos, isto é, a organização e as políticas de desenvolvimento dos trabalhadores da instituição, tal como na formação das equipes de trabalho, médica e não-médica. Temos, assim, condições materiais e não materiais interferindo na qualidade da assistência” (Schraiber, 1997:125).

Um processo de gestão de trabalho que correlaciona a remuneração com a produção pode afetar a relação médico-paciente, pois quanto maior for o número de atendimentos num menor tempo, melhor será a remuneração. Segundo Acioli (2003),

essa lógica impede o desenvolvimento de um trabalho solidário e crítico, sendo estritamente quantitativa, fiscalizadora e controladora, quando deveria ser apoiadora, qualitativa e avaliadora. Para o autor, o capitalismo moderno transformou o trabalho médico, levando à perda de sua dimensão liberal, submetendo-o ao processo de exploração dos meios de produção pela progressiva incorporação tecnológica à prática. “No sentido marxiano, significa que o médico é cada vez mais um produtor de trabalho que oferece a venda de sua força no mercado em troca da obtenção de uma renda, muitas vezes na forma de salário, em que pese sua reiterada resistência e franca adesão ideológica ao *status quo* que lhe assegura a sociedade capitalista” (Acioli, 2003:105).

Acioli (2003) associa a esse cenário as crises do modo de produção capitalista, resultantes da lógica do capital e de sua trajetória histórica, em que antagonismos e conflitos sociais são produzidos e suprimidos. Nesse contexto, a medicina é criticada por agregar crescentes custos pelo incremento tecnológico, quer da ordem individual e privada, quer da saúde pública, sem com isso aumentar proporcionalmente sua capacidade resolutive ou concretizar suas promessas de saúde e felicidade.

Segundo Filho (2007), a análise da relação médico-paciente deve ser feita tendo em consideração o percurso do profissional médico, desde o momento da escolha da profissão, passando pela graduação, até o contexto da prática profissional. Após o percurso acadêmico – quando muitos dos desejos altruístas iniciais que os motivaram a entrar na carreira já foram perdidos – e ao atingir a prática profissional, muitos médicos se defrontam com condições desfavoráveis de trabalho, nem sempre alcançando o sucesso social e financeiro inicialmente almejado. “O conjunto de frustrações de expectativas, desejos e sonhos acaba por formar um profissional cético quanto à possibilidade (e necessidade) de uma prática médica humanizada. Um profissional que vai se permitindo, pelas condições impostas, a desenfaturar, cada vez mais, os pressupostos de uma relação médico-paciente centrada no paciente e sua experiência da doença e do sofrimento” (Filho, 2007: 632).

A respeito das formas de aquisição do conhecimento médico, pode-se dizer que na prática clínica se dá a apropriação de saberes diversos, sendo alguns mesmo contraditórios entre si e até com a própria prática; o que indica que na clínica não existe uma ciência exata e racional (Souza, 2007). Geralmente para os médicos, a medicina considerada científica é um trabalho no qual o raciocínio é usado para definir diagnósticos e adequar a terapêutica a cada caso, processo que também é baseado em diversas propedêuticas. Os exames laboratoriais, de imagem ou funcionais diminuem o

risco e aumentam a confiabilidade, pois são considerados “[...] evidências objetivas e descrições diretas das estruturas internas do corpo.” (Souza, 2007:493). Os medicamentos são a principal estratégia de tratamento, já que fazem parte da ampla gama de recursos fornecidos pela ciência e tecnologia, além de terem sua eficácia atestada por pesquisas realizadas com milhares de pessoas (Sousa, 2007).

Durante a consulta médica, segundo Schraiber (1997), existe uma tentativa de separar a dimensão relacional, humana e valorativa, da dimensão científica, objetiva e isenta de valores, o que compromete a perspectiva de uma intervenção ao mesmo tempo eficaz e ética. Conforme a autora, o encontro desses dois atores é cindido por momentos de trocas, como a conversa, e momentos em que o médico age e o paciente só recebe. Nesse procedimento, até mesmo o momento interativo é dividido ao classificar a conversa em dois tipos: a conversa que é útil tecnicamente falando, daquela que parece não ser. “O complicado neste procedimento é que estamos separando o que é medicamento relevante para o raciocínio anátomo-patológico, daquilo que também é relevante para o julgamento global do caso, pois nos inteirarmos do doente como um sujeito social global é muito importante para o sucesso de nossa proposição assistencial” (Schraiber, 1997:127).

A partir dos referenciais biomédicos, os médicos procuram basear suas ações em padrões científicos, focados na competência técnica e na objetividade, evitando o envolvimento emocional com o paciente; porém essa posição de neutralidade nem sempre é mantida, pois a experiência pessoal do médico possui grande valor (Schraiber, 1997; Guedes *et al.*, 2006). Conforme Guedes e colaboradores (2006), a construção do diagnóstico feito pelo médico elimina as questões subjetivas presentes nesse processo, como sentimentos, dúvidas, negociações, interpretações de enunciados, o que gera no final uma aparência de objetividade. Apesar da biomedicina oferecer um modelo de conhecimento científico, o médico não conseguiria manter-se fiel a esse padrão, pois a subjetividade está presente na prática clínica em diversos momentos – na experiência, nas interpretações, nas tomadas de decisões e julgamentos.

O exercício da medicina é marcado pela ambigüidade entre o que os médicos devem saber e o que sentem ao fazer; esse conflito entre o saber e o sentir resultaria na tensão estruturante presente no interior da prática médica (Bonnet, 1997; Schraiber, 1997; Menezes, 2000; Guedes *et al.*, 2006). Ao longo de sua formação, o médico aprenderia a controlar essa tensão e, progressivamente, as manifestações relacionadas à subjetividade seriam aparentemente eliminadas da sua prática cotidiana, porém, a tensão

estruturante tenderia a se manifestar em situações geradoras de conflitos (Guedes *et al.*, 2006). O processo de tomada de decisões médicas referentes à doença, ao sofrimento, à vida e morte dos pacientes é constituído por uma dimensão que pode ser compreendida como competência-cuidado, objetividade-subjetividade, racionalidade-experiência, saber-sentir, intrínsecos à prática médica e que conduzem necessariamente a uma tensão estruturante (Menezes, 2000).

Good (1995) chama a atenção para o fato de muitos estudos críticos da prática médica falharem ao reconhecerem o caráter soterológico da medicina. O autor afirma que a preocupação soteriológica – de cura e salvação do paciente – está inserida no cerne da prática médica e, às vezes, irrompem na consciência e provocam uma desagregação na prática rotineira. Médicos e estudantes transitam entre o engajamento da prática clínica e a reflexão moral, sendo que o cuidado ainda está no centro das discussões morais relativas à medicina.

Segundo Souza (2007), ainda há espaço para uma prática médica que, embora pautada em conceitos estritamente pragmáticos e direcionada para a dimensão física da doença, incorpora outras maneiras de compreensão que permitem o resgate da dimensão existencial. Mesmo em meio à objetificação do paciente, a resistência ao anonimato dos que sofrem, o humor, a solidariedade em relação aos dramas vividos e a busca de alguma cumplicidade são formas de promover uma clínica rica e gratificante para o médico e o paciente.

Pode-se dizer que a missão maior da medicina é o cuidado e, se possível, a cura do doente. Porém, a biomedicina tomou como objeto a cura científica, objetiva, da doença, trocando a cura desregulada e diversificada dos doentes, pela ambição da cura padronizada e controlada das doenças (Tesser, 2007). A partir de uma outra interpretação do adoecimento, que não o considera como um elemento limitante da liberdade, mas como uma tentativa desequilibrada de reorganização da vida ou um sinal de alarme da necessidade dessa reorganização, pode-se entender a busca pelo controle da doença como uma forma de permanência num modo de viver em crise, que necessita de mudanças e clama por ajuda (Tesser, 2007).

Para tentar diminuir a obsessão pela cura objetiva das doenças, associando-a ao contexto e evolução geral do doente, Tesser (2007) levanta três propostas possíveis. A primeira seria flexibilizar o controle das doenças e a submissão dos pacientes através de um saber terapêutico que não exclua os doentes do processo. Segundo, valorizar um saber que tranquilize o profissional e permita maior liberdade teórico-metodológica e

contato com o contexto do paciente, de forma a resgatar a verdade da cura vivida, o aumento da liberdade. E terceiro, recuperar a missão ética e social de cura dos profissionais biomédicos. Segundo o autor, a execução dessas propostas pode ser difícil para o médico devido à sensação de proteção institucional, epistemológica e psicológica oferecida pela ciência e pela corporação médica. Essa proteção existe, mas torna-se problemática na medida em que “[...] o coeficiente de “eficácia curadora” do profissional geralmente é inversamente proporcional à mentalidade protocolar de se ater às normas técnicas institucionais (científicas), porque estas, se supostamente protegem de erros, tendem a consumir e monopolizar a atenção do profissional, prendem essa atenção na grade nosológica biomédica e induzem seu afastamento do adoecimento “cru” (como trazido e vivido pelo doente), diminuindo a acurácia, embotando a percepção, a sensibilidade, a intuição e o raciocínio clínico.” (Tesser, 2007:478).

Conforme Acioli (2003), a prática clínica é entrecortada por duas condições: a ciência e a arte. A arte pode ser compreendida como “[...] capacidade de apreensão e síntese mediada pelos sentidos e de talentosa criatividade de proceder tecnicamente por intermédio de uma ética adequada, ou seja, a capacidade de elaborar uma tecnologia do afetivo no científico, muitas vezes tomada como humanismo, em que ouvir, receber, interessar, confortar, orientar são formas de dispor ações técnicas derivadas da ciência” (Acioli, 2003: 96-97). Segundo Canguilhem “ [...] a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cujo eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma é instaurada” (Canguilhem, 1990 *in* Guedes e colaboradores, 2006:1102).

O termo *terapêutica* é originado do verbo *therapeuien*, que significa servir e prestar assistência, função essa que é perdida quando colocada em detrimento de referenciais considerados científicos (Guedes *et al*, 2006). O terapeuta tem o papel de restituir ao paciente a liberdade perdida devido o adoecimento e, para tal, foca certos aspectos do indivíduo para caracterizar e combater a doença que o aflige, de forma a alcançar sua eliminação, a cura, ou seu controle, o tratamento (Tesser, 2007). Para Guedes e colaboradores (2006), a noção de cuidado e o princípio de integralidade, entendidos como a recusa ao reducionismo e à objetivação dos indivíduos, podem ajudar a construir caminhos alternativos para a assistência médica, oferecendo novos parâmetros conceituais e técnicos para o modelo biomédico.

Segundo Nehry (2000), o trabalho médico deve ter competência para o exercício do cuidado, a partir de dois elementos básicos das intervenções em saúde: a dimensão própria do cuidado presente em todas as áreas da saúde e a dimensão profissional específica, com suas tecnologias próprias. Em sua prática, o médico utilizaria três tipos diferentes de valises: uma relacionada aos equipamentos presentes em sua caixa de ferramentas tecnológicas, formada por tecnologias duras, como o estetoscópio, ecógrafo, o endoscópio, entre outros; a segunda, que diz respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e a terceira, presente no espaço relacional médico-paciente, que contém tecnologias leves implicadas na construção das relações entre dois sujeitos, cuja materialidade só existe em ato. A aquisição da competência na prática do cuidado seria possível através de combinações entre três essas diferentes valises.

O trabalho médico possui uma tensão inerente, pois, como afirma o autor: “[...] cobra-se dele, e também de todo o seu saber-fazer, tanto um operar a produção de uma dimensão própria do cuidar - dada pelos processos relacionais e leves do trabalho em saúde, nas suas relações próprias com os saberes tecnológicos estruturados, da valise das tecnologias leve-duras -, quanto a um outro específico do próprio ato médico, vinculado a um certo recorte do saber disciplinar, expresso por uma ordem “profissional”, composto centralmente nas relações entre aqueles saberes tecnológicos com a valise das tecnologias duras, focando a produção de procedimentos centrada no médico” (Mehry, 2000:112). O autor argumenta que na medicina atual existe um desequilíbrio desses elementos, com a subordinação da terceira valise em relação às outras, reduzindo a relação entre o profissional e o paciente à situações objetais. Assim, o “[...] trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos” (Mehry, 2000:114).

Segundo Acioli (2003), a construção de uma clínica integral reside na elaboração de novos conhecimentos autônomos para a revalorização da clínica. Para tal, é necessário um movimento de revalorização da consulta médica, o que equivale a uma forma de significar a medicina como arte, mais do que como ciência. Seria preciso investir um maior tempo no exercício “[...] daquela fração de arte contida no ato do interrogatório e do exame físico, sempre lembrando a velha máxima de que a clínica é soberana e de que uma anamnese e um exame bem feitos já solucionam a grande maioria dos casos, porque respondíveis à necessidade básica humana de ser ouvido e

reconhecido na condição de sujeito portador de singularidades” (Acirole, 2003:109-110). O autor completa que o médico pode aumentar sua autonomia em relação à propriedade dos meios materiais e, portanto, ser menos dependente da captura pelo capital, ao deslocar o foco da intervenção médica para o consultório e para uma maior produção de tecnologia leve, na sua relação com os pacientes.

6) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1) Sobre a Metodologia

Inicialmente, torna-se necessária uma discussão sobre questões que surgiram em torno da metodologia do estudo, a observação participante. Segundo Geertz (1973), ninguém chega ao campo de estudo isento de idéias pré-concebidas, pois há sempre um conjunto de teorias a orientar o trabalho. Burgess (1997) afirma que por estarem inseridos no contexto que está sendo observado, os investigadores podem sempre alterar e influenciar a situação, assim como podem ser influenciados por ela. Cabral (1983) argumenta que, no decorrer do trabalho de campo, o etnógrafo tem que voltar o olhar para si próprio de maneira que o conhecimento produzido seja o menos ideológico possível.

As características próprias do pesquisador, como sexo, idade, etnia e classe social, influenciam as relações no trabalho de campo, assim como os dados colhidos e as interpretações desses (Burgess, 1997; Cabral, 1983). A experiência do investigador exerce influência sobre os resultados do estudo, pois uma afirmativa com significado subjetivo está carregada de elementos da sua experiência, assim como da experiência dos que são objeto do estudo (Burgess, 1997). Dessa forma, durante a interpretação dos resultados “[...] o investigador deve respeitar os limites e as exigências contidos nos resultados, sem neles projetar desejos nem eliminar aquilo que o incomoda [...]” (Freixo, 2010:153).

Cabral (1983) afirma que o investigador durante o trabalho de campo “[...] deve ter a honestidade de praticar uma espécie de autocrítica, e de nos indicar os fatores específicos que ele sinta terem influenciado a imagem que formou e o conhecimento que tem da sociedade que estudou” (Cabral, 1983:332). Dessa forma, desde o início do estudo, havia a preocupação de que a formação médica da autora interferisse em seu modo de ver e interpretar os fenômenos observados, ainda mais que esses fenômenos fazem parte de seu cotidiano profissional.

Conforme discutido ao longo do trabalho, o médico adquire uma forma específica de ver e lidar com o doente e a doença, pautada no modelo biomédico. O percurso acadêmico e profissional da autora não se distancia muito do que foi exposto e discutido anteriormente, podendo-se dizer que sua formação se deu no universo da biomedicina. Estava presente, assim, o receio de que a autora não conseguisse o

distanciamento necessário para realizar uma análise apropriada do contexto estudado; se seria possível abandonar sua postura médica e adotar uma atitude de antropóloga.

Ao longo desse processo, a autora percebeu como é difícil deixar de lado o seu ponto de vista médico. Como, por exemplo, ao escutar o relato do paciente sobre suas queixas, a primeira iniciativa era tentar organizá-las dentro de um diagnóstico, para só depois tentar relacioná-las com a situação vivida por ele. Se os seus sintomas não pudessem ser explicados inicialmente por um problema orgânico é que entrariam em cena as variáveis sociais, culturais e psicológicas, mas, ainda assim, de forma a configurar um diagnóstico e a conseqüente conduta a ser tomada. Era preciso um esforço em não aplicar as categorias médicas e, principalmente, não rotular o paciente a partir de idéias pré-concebidas oriundas dos discursos médicos ao longo da formação e da própria prática clínica, o que comprometeria toda a interpretação do contexto – como, por exemplo, no caso do paciente que tem consultas constantes com o médico e sempre possui diversas queixas, chamados de hipocondríacos ou poliqueixosos, e que demandam maior atenção e maior tempo na consulta.

Outro complicador diz respeito ao fato da autora ter realizado o seu estágio de Medicina Geral e Familiar do Internato Médico no mesmo local e momento do trabalho de campo, já que sua preocupação também estava voltada para o aprendizado da técnica. Além disso, havia a preocupação em demonstrar a postura e a conduta corretas para o médico orientador, pois seus conhecimentos estavam sendo avaliados no âmbito da sua formação profissional. No momento da consulta era muitas vezes difícil conseguir conciliar os dois objetivos, observar o fluxo das ações e captar elementos subjacentes e também exercer as funções de médica-estudante. Conforme Cabral (1983), o observador-participante deve ter uma participação parcial e uma observação atenta, de forma a não cair numa participação não observante, com a interiorização dos interesses do grupo estudado, ou numa observação distante e fria que impossibilite uma perspectiva aprofundada do contexto. Deve-se, assim, notar que esse equilíbrio entre a observação e a participação não era sempre alcançado.

Pode-se dizer que, de acordo com Burgess (1997), a autora exercia um papel participante, cuja dimensão observadora estava oculta. A autora era apresentada aos pacientes pelo médico como uma colega. Sua presença estava validada pela autorização do médico e, além disso, poderia ser considerada como um igual a ele. Dessa forma, sua presença no momento da consulta teria uma influência menos significativa no contexto

do que a presença de uma terceira pessoa proveniente de outra área, que poderia alterar as ações tanto dos pacientes, quanto do médico.

Para minimizar os problemas levantados, procurou-se estabelecer um jogo de alteridade e relativização dos valores e conceitos que eram apresentados nas diversas situações. Tentou-se ouvir o paciente de forma a perceber o que motivou a consulta, quais eram os seus medos e angústias, o que ele desejava obter do médico e de que maneira o médico conseguia ou não responder aos seus anseios. A partir de uma postura empática e solidária, houve a tentativa de ser colocar na situação do paciente e sentir suas dores, de forma a sair do raciocínio objetivo da medicina. Ainda assim, considera-se o quão difícil é para o pesquisador avaliar o quanto de si próprio é projetado no contexto analisado, ainda mais quando está nele inserido e em contato direto com os diversos participantes.

Conforme as orientações de Burgess (1997), foi adotada uma folha de observação sumária (Apêndice I) que permitia a anotação durante cada consulta de aspectos relevantes que poderiam ser perdidos caso estivesse por demais envolvida com os aspectos da formação profissional. A partir da descrição sucinta dos acontecimentos (Burgess, 1997), obteve-se um pano de fundo para as análises subseqüentes. Procurou-se focalizar mais sua atenção nos aspectos relacionados aos atores, aos atos, ao tempo, aos objetivos e aos sentimentos, o que permitiu uma visão mais organizada e detalhada da situação, com foco nos elementos considerados mais importantes e que poderiam ter relação com situações conflitantes para o médico e o paciente. A folha de observação sumária continha os seguintes itens: sexo, idade e estado civil do paciente, se esse estava acompanhado ou não, as queixas apresentadas, a emoção transmitida, se a interação com o médico era boa ou difícil e qual a conduta tomada pelo médico. Foi deixado um espaço para a anotação de eventuais observações mais significativas sobre a consulta.

Ao chegar em casa, após o trabalho de campo, reflexões sobre as situações vivenciadas eram feitas, sendo anotadas no caderno de campo as percepções, sentimentos e intuições, de forma a tentar distanciar-se do contexto e aplicar uma auto-crítica. Deve-se frisar que a leitura dos trabalhos que compuseram a fundamentação teórica permitiu uma compreensão alargada do contexto em que a autora está inserida como médica e forneceu importantes ferramentas para o exercício da autocrítica e da reflexão sobre as experiências presentes no trabalho de campo.

6.2) Sobre a Consulta Médica

A consulta médica possui um tempo e uma seqüência próprios. Para o médico, essa organização é ensinada na universidade, principalmente durante a disciplina de Semiologia Médica. Inicialmente realiza-se a anamnese, com a inquirição do paciente de suas queixas, da evolução da doença atual, da história clínica pregressa e familiar e dos hábitos. Segue-se para o exame físico, que permite juntamente com a anamnese a construção de hipóteses diagnósticas ou do diagnóstico definitivo. O médico, então, define sua conduta e a comunica ao paciente. Essa ordenação da consulta pode ser alterada e alguma fase pode ser suprimida conforme situações particulares.

Os pacientes também sabem previamente a conduta a desempenhar durante a consulta, pois a maioria das pessoas, se não todas, já se consultaram ou acompanharam alguma pessoa numa consulta médica. As já crianças são orientadas pelos acompanhantes a se comportarem bem no consultório médico, a responder as perguntas, a mostrar onde dói, a tomar os medicamentos. Esse comportamento é construído socialmente, porém, apesar de ser estereotipado, apresenta variações de acordo com os sujeitos envolvidos e o contexto único de cada consulta médica.

As consultas acompanhadas ocorriam da seguinte maneira. O médico chamava pelo sistema de alto-falante o paciente que, ao entrar no gabinete médico, era convidado a sentar-se. O médico cumprimentava o paciente com um aperto de mão e apresentava a autora como uma colega. Após essa introdução, o paciente era questionado sobre o motivo da consulta. Ao expor suas queixas, o paciente podia ser interrompido pelo médico, de forma a se obter mais informações sobre o quadro. A autora, então, era convidada a fazer o exame físico, como a medição da tensão arterial, a auscultação pulmonar e cardíaca, entre outros procedimentos. Enquanto esse exame era feito, o médico escrevia no prontuário eletrônico os dados da consulta e os procedimentos a serem tomados. Após terminar o exame físico e enquanto o médico fazia anotações, o paciente geralmente continuava a falar de sua situação dirigindo-se para a autora. Ao finalizar a conduta e dar as orientações ao paciente, muitas vezes esse apresentava uma nova queixa ao médico, fazendo com que nova seqüência de perguntas, procedimentos e condutas seja feita. O médico usualmente finalizava o atendimento com orientações de quando retornar, o que era uma pergunta constante dos pacientes. A consulta demorava em média 20 minutos.

Antes e após cada atendimento, o médico normalmente comentava sobre alguma particularidade clínica ou da vida do paciente, além de alguma impressão particular sobre esse. É interessante notar que mesmo se essa impressão fosse negativa, o médico não a deixava transparecer na consulta, dedicando ao paciente a mesma ou até mais atenção que aos demais. Geralmente eram pacientes que procuravam o serviço de maneira constante, que apresentavam muitas queixas, sejam físicas, psiquiátricas ou inespecíficas, e demandavam muitos recursos, quer medicamentos, exames complementares, encaminhamentos ou baixas.

Os atendimentos eram distribuídos ao longo da semana conforme os grupos de pacientes. Havia dias específicos para a consulta dos diabéticos e hipertensos, para saúde materna e planejamento familiar e para da saúde infantil. Porém, em todos os dias havia um horário aberto para os atendimentos de urgência e para consultas agendadas de pacientes que não se encaixavam em nenhum grupo acima mencionado.

Independente do tipo de consulta, muitos pacientes já vinham com uma demanda específica e explícita, seja de natureza administrativa ou de cuidado, como a realização de exame de rotina, a renovação de receita e o pedido de exames, de atestados para o trabalho e para a escola, além das baixas. Outros apresentavam suas queixas e esperavam pela conduta do médico. Mas todos tinham uma demanda de serem ouvidos pelo médico, o que era reconhecido por esse. Entre as exposições dos sintomas, eram relatadas situações difíceis de vida, problemas familiares, profissionais e financeiros, que eram relacionados aos problemas de saúde. O médico os escutava em silêncio ou tecia comentários de incentivo e apoio moral. O uso do humor possuía importância nessas situações, pois um comentário bem humorado, o riso em conjunto com o paciente, permitia não só quebrar o clima de sofrimento e lidar com questões complicadas de forma a animar o paciente, como também permitia uma aproximação entre o médico e o paciente. Além disso, tinha uma utilidade mais prática, pois servia como uma conclusão da consulta, finalizando-a com uma mensagem de incentivo ou resignação.

Ao contrário do que era esperado, as situações em que o paciente expunha suas dores e sofrimento moral, relacionando-os a uma trajetória de vida problemática, não foram fonte de uma tensão estruturante na consulta. Mesmo que a conduta do médico fosse claramente medicalizante à percepção da autora – como a prescrição de ansiolíticos para pacientes que passavam por algum momento fonte de ansiedade, como crises familiares ou financeiras, e que para ela seriam situações geradores de tensão

estruturante – essa era feita com tranquilidade e justificada com explicações baseadas em mecanismos fisiopatológicos. Não havia um conflito entre as explicações provenientes do modelo biomédico e a atuação do médico. Nos casos em que havia um forte componente de ansiedade na crise vivida pelo paciente, era indicado o uso de ansiolíticos – seja quimioterápicos ou fitoterápicos, como a valeriana – como forma de se evitar danos provocados pelo estresse no organismo, mas também como forma de ponte entre a crise e sua resolução. Deve-se notar que a prescrição de medicamentos psicotrópicos era bem aceita pela maioria dos pacientes e que essa conduta realmente respondia ao que eles desejavam do médico. Muitos já faziam uso dessa medicação, seja ansiolíticos, hipnóticos ou antidepressivos, e eles esperavam pela renovação da receita.

Porém, a prescrição de medicamentos nem sempre é um ponto pacífico, como no caso de um paciente jovem que apresentou certa resistência à prescrição do ansiolítico – afirmando que já se sentia muito melhor do que antes – apesar de estar vivendo um momento ansiedade e cujos sintomas físicos eram por ele atribuídos a essa ansiedade. É interessante notar que o paciente já tinha ido a um médico especialista que não detectou nenhuma doença, mas, mesmo assim, desejava realizar exames de rotina. Porém, o motivo principal, não explícito em sua queixa, era o pedido de exames que afastassem doenças sexualmente transmissíveis; o que pôde ser comprovado quando, no final da consulta, ele perguntou ao médico se esses exames foram pedidos. Assim, a sua sintomatologia poderia ser explicada – e o próprio paciente tinha noção disso – pelo medo de estar contaminado com alguma doença venérea, sendo que a realização do exame seria uma forma de finalizar essa situação geradora de ansiedade, não necessitando do uso de ansiolíticos.

Mesmo que o médico receite um medicamento, o paciente só fará uso dele se estiver de acordo com a justificativa médica e conforme suas crenças e vivências. O nível de confiança depositada no médico, o que tem relação com a qualidade da relação médico-paciente, também interfere nessa tomada de decisão. A aceitação ou não vai depender de um conjunto de variáveis relacionadas com a medicalização da sociedade, como as expostas anteriormente, sendo um processo de negociação entre o médico e o paciente. Pode-se dizer que a medicalização não é definida no momento da consulta médica, pois outros fatores são tão ou mais influentes, porém é evidente que a conduta do médico pode contribuir significativamente para esse fenômeno.

As consultas dos pacientes com diagnóstico de depressão ou sintomas depressivos não foram fontes de situações conflituosas que pudessem gerar uma tensão

estruturante. O atendimento não se diferenciava do que era feito no caso de outras patologias. Muitas vezes o paciente também apresentava outras doenças, como hipertensão e diabetes, e queixas, como dores osteomusculares, o que acabava por conduzir a atenção do médico para essas demandas. Apesar do médico conversar com o paciente, perguntar sobre sua vida e dar orientações de apoio moral, a conduta restringia-se muitas vezes à renovação dos medicamentos prescritos. Também não havia por parte dos pacientes um maior interesse em conversar sobre a terapêutica, no sentido de outras possibilidades além dos quimioterápicos. Quando a terapêutica era colocada em questão, isso se dava em relação aos efeitos adversos do medicamento, o que era contornado com a troca por um outro.

Durante o trabalho de campo, não foram percebidas situações realmente geradoras de tensão estruturante durante a consulta médica, o que pode ser explicado por alguns fatores. O médico acompanhado já possuía mais de 30 anos de experiência, o que possibilita uma tranquilidade no manuseio da técnica e no raciocínio dentro do modelo biomédico, além do preparo psicológico para lidar com situações geradoras de tensão estruturante, podendo-se dizer que a experiência permite um melhor equilíbrio entre a competência e o cuidado. Acrescenta-se o fato dele já conhecer a maioria dos pacientes, não apenas suas histórias clínicas, mas também suas trajetórias de vida e situações social e familiar. Isso permite que a conduta terapêutica seja melhor orientada e, principalmente, favorece a interação entre ambos, pois a relação médico-paciente já estava previamente consolidada. Além disso, as consultas na atenção primária não são caracterizadas por situações limiars e de decisões de vida e morte – pelo menos diretamente – tipicamente geradoras de tensão estruturante, como o que pode ser mais comumente observado nos hospitais.

Durante a observação, o conflito mais comum, que não chegava a ser uma fonte de tensão estruturante, era em torno dos pedidos de exames complementares, quando a conduta do médico frustrava as expectativas do paciente em realizar determinado procedimento. Nesses casos, o paciente desejava realizar um exame complementar, como análises bioquímicas, endoscopia ou tomografia computadorizada, que do ponto de vista clínico e epidemiológico não era considerado necessário. Porém, para o paciente, era justificado pela necessidade de se fazer um exame de rotina para saber se está tudo bem ou para excluir alguma doença na presença de sinais e sintomas. Em alguns casos, era justificado como forma de se descobrir uma doença que foi causa de morte de alguma pessoa conhecida, principalmente familiares. Esse foi o caso de uma

paciente que apresentava queixas de dor osteomuscular, sem outros sinais e sintomas, e cuja radiografia da coluna apresentava apenas alterações degenerativas. Apesar do quadro benigno e sem outras complicações, ela desejava realizar outros exames pelo fato da sua irmã, que tinha os mesmos sintomas, ter falecido por mieloma múltiplo. Pode-se apreender que existe o medo de que algum mal esteja oculto no corpo e que apenas as tecnologias que permitam ver e penetrar o corpo são fiáveis. O quadro clínico do paciente e o exame médico não são suficientes para afastar a ameaça do corpo.

Percebe-se que essa necessidade do exame complementar, como forma de revelar o interior e o funcionamento do corpo e de definir se a pessoa está realmente saudável, apesar da ausência de sinais e sintomas, é um reflexo da medicalização e da penetração da visão biomédica do corpo e da doença na sociedade. Visão reforçada pela crescente política de controle dos riscos que visam detectar e controlar fatores de morbidade e mortalidade, além da realização de diagnósticos cada vez mais precoces para a erradicação da doença ainda incipiente. A respeito dos saberes profiláticos da biomedicina, Tesser (2006) afirma que esses criaram um “[...] fosso quase intransponível entre o sujeito e os conhecimentos sobre sua própria saúde-doença; entre o saber médico e o saber individual que, na prática, orienta as pessoas e ganha significado e valor diferenciado para cada sujeito, conforme as suas características pessoais, sociais, culturais e econômicas” (Tesser, 2006:351).

Para os médicos, em geral, existe o acordo de que um exame complementar deve ser pedido de maneira criteriosa, orientado pela clínica do paciente e pelas características e aplicação de cada tecnologia e de acordo com uma ordem de complexidade. Os exames de rastreio são orientados conforme a epidemiologia das doenças, existindo uma periodicidade definida a partir da idade, do sexo e da clínica do indivíduo. Além disso, como pôde ser constatado, o médico era avaliado em seu serviço de acordo com o número de exames complementares pedidos, o que exige uma postura mais racionalizada, de forma a tornar a Unidade de Saúde menos onerosa. Assim, fatores clínicos e epidemiológicos – oriundos mesmo do modelo biomédico – e econômicos entram em questão na decisão de se pedir ou não um exame, muitas vezes contribuindo para um movimento contrário à requisição. Deve-se expor, entretanto, um elemento que favorece o pedido do exame complementar, mesmo quando outros fatores não o justificam, que diz respeito à salvaguarda do médico. O exame é uma prova objetiva e fiável que justifica sua conduta, mesmo que essa possa ser corretamente pautada na clínica.

7) CONCLUSÃO

Ao final desse trabalho pode-se dizer que os conflitos vividos pela autora em sua prática clínica, expostos ao longo da introdução, não são um fenômeno isolado, mas que estão inseridos numa ampla e complexa conjuntura. Os problemas relativos ao modelo biomédico e à formação médica determinam uma dificuldade em lidar com os pacientes e com suas queixas, principalmente se essas não possuem uma base biológica e refletem o sofrimento associado aos contextos sociais, econômicos, culturais e familiares.

A consulta clínica é marcada por uma tensão estruturante que surge das incertezas da prática médica, dos conflitos entre o saber e o fazer. Quanto mais consolidado for o conhecimento técnico do médico, menores serão as chances da tensão estruturante aparecer em sua prática, por este estar mais vontade em relação às explicações biomédicas do adoecimento. Quanto maior for sua experiência, também menores serão as situações geradoras de tensão estruturante, devido não só ao maior saber técnico, mas, principalmente, pela elaboração de estratégias para lidar com situações conflitantes. Outra questão que minimiza essa tensão diz respeito ao tempo de contato com o paciente; se o médico o acompanha a longo prazo e conhece não só sua situação clínica, mas também a familiar e social, e possui a possibilidade de reavaliá-lo em consultas subseqüentes - um contexto característico da medicina geral e familiar - maiores são as oportunidades de negociação e resolução dos conflitos.

A observação feita sobre a importância dos exames complementares para os pacientes e as situações conflitantes geradas pelo desacordo entre o desejo do paciente em fazê-lo e a negação desse pelo médico revela um aspecto da medicalização social relacionada ao caráter preventivo da medicina, que abrange não só a doença, mas também os fatores de risco. Isso também mostra a necessidade do paciente em legitimar suas queixas e sintomas a partir da constatação objetiva de alterações orgânicas. Assim, a própria vivência do sofrimento só é considerada válida se refletir uma doença orgânica, revelando como a visão biomédica da doença está presente na subjetividade dos sujeitos, diminuindo a autonomia do auto-cuidado.

A medicalização do sofrimento do paciente na consulta médica pode ser um resultado da falta de preparo do médico em abordar questões que fogem do escopo biológico. Esse despreparo é consequência de uma formação que privilegia os aspectos técnicos e científicos, pautada no modelo biomédico, em detrimento da dimensão relacional e humana. Existe um desequilíbrio entre competência e cuidado, que acaba

por reduzir o paciente a uma dimensão orgânica, diminuindo a capacidade terapêutica da consulta médica. Deve-se considerar que a responsabilidade desse processo não recai somente sobre o profissional biomédico, mas sobre toda uma ordem cultural, social e econômica que limita a ação terapêutica numa situação individual e impede soluções de redistribuição de poder e recursos no contexto mais amplo. Assim, a medicalização não resulta só de decisões médicas, mas da influência de diversos fatores, como governos, indústrias farmacêuticas, movimentos sociais e dos próprios pacientes e familiares.

A introdução e a valorização do conhecimento antropológico e de outras áreas das ciências humanas na formação médica devem ser defendidas, pois permitem o reconhecimento dos fatores sociais, econômicos e culturais que favorecem o surgimento e evolução de doenças, o que possibilita uma intervenção terapêutica mais efetiva pela compreensão da situação do paciente. Ao tornar o médico mais sensível ao contexto no qual o paciente está inserido, propicia uma melhor condução das queixas do paciente, sendo ainda mais relevante quando o profissional se depara com o sofrimento e as angústias do doente. O entendimento da doença como uma construção cultural modifica a posição do médico perante o diagnóstico e o tratamento, tornando-o mais crítico em relação aos seus valores e julgamentos e mais aberto aos discursos e anseios dos pacientes. A antropologia também amplia o campo de negociação de conflitos que surgem na prática médica, pois leva à aplicação de preceitos éticos sem ignorar a realidade e perspectivas do paciente. Assim, torna-se necessária uma formação médica que valorize os conhecimentos das ciências humanas, de maneira que o médico possa ter uma postura não apenas ética, mas principalmente solidária e acolhedora do paciente, exercendo sua função primária de cuidador.

A autora considera que uma questão limitante do estudo foi o não aprofundamento do trabalho de campo, que poderia ter sido feito através de entrevistas aos pacientes, médicos da USF e médicos em formação no Internato Médico, além de outros profissionais como enfermeiros e assistentes sociais. Esse aprofundamento permitiria uma melhor compreensão dos diversos elementos que entram em cena durante a consulta médica, mas que ficam nas entrelinhas. Porém, apesar de reconhecer a importância da escuta e observação dos diversos atores em um momento fora da consulta, não foi possível realizar essa atividade devido a inexistência de tempo hábil para tal. Assim, fica para futuros estudos a possibilidade do aprofundamento do tema.

Porém, apesar das limitações, o presente trabalho permitiu uma oportunidade de reflexão sobre o universo da medicina, além de ter proporcionado ferramentas para a

negociação de conflitos que surgem ao longo da prática médica. A valorização da dimensão do cuidado é uma tarefa possível na consulta médica, apesar dos diversos fatores adversos. O médico deve manter uma postura crítica e responsável em relação à sua prática, investindo não apenas na aquisição de novos conhecimentos técnicos, mas também em saberes que ampliem sua compreensão do homem e da sociedade. A troca de experiências e a discussão dos problemas encontrados no dia a dia são formas dos profissionais construir um conhecimento fundamentado no contexto local e encontrarem soluções para conflitos vividos tanto a nível individual, quanto coletivo. O médico deve dedicar um tempo especial para a escuta solidária do paciente, que, ao invés de classificar e operar, acolhe e tranquiliza o paciente, sendo já uma forma de terapêutica. Quando se estabelece uma relação médico-paciente verdadeira, quando há o resgate da posição de curador, o médico é capaz de cumprir seu papel ético e social, além de ter como recompensa a gratificação pessoal de diminuir o sofrimento humano.

BIBLIOGRAFIA

- Aciole, G. G. 2003. The place, theory and professional practice of the physician: elements for a critical approach to doctor-patient relations in the consulting room. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 14(8): 95-112.
- Bonnet, O. 1999. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1): 123-150.
- Brown, P. J. 2000. Culture and the global resurgence of malaria. In: Inhorn, M.; Brown, P. J. (eds.) *The anthropology of infectious diseases: international health perspectives*. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers: 119-141.
- Cabral, J. 1983. Notas críticas sobre a observação participante no contexto da etnografia portuguesa. *Análise Social*, 76(19): 327-339.
- Burgess, R. G. 1997. *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras, Celta.
- Caponi, S. 2009. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (2): 529-549.
- Castro, A.; Farmer, P. 2004. Health and economic development. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.). *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures*. New York, Springer, (1): 164-170.
- Coelho Filho, J. M. 2007. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 23(11): 631-633
- Cohen, A. 2004. Mental disorders. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.). *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures*. New York, Springer, (1): 486-492.
- Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, the Johns Hopkins University Press.
- Conselho Federal de Medicina. 2009. *Código de ética médica*. Conselho Federal de Medicina. Disponível em linha: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm [Acedido em 30-03-2010].
- Dalmaso, A. S. W. 2000. An analysis of the transformations of medical technique: reflexions about a proposal, *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 6(4): 49-60.

- Falcão, E. B. M., Mendonça, S. B. 2009. O paciente que morre: herança em questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (3): 364 – 373.
- Foucault, M. 1994 (1976). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Lisboa, Relógio d' Água.
- Freixo, M. J. V. 2010 (2009). *Metodologia científica – fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York, Basic Books.
- Gomes, R.; Francisco, A. M.; Tonhom, S. F. R.; Costa, M. C. G.; Hamamoto, C. G.; Pinheiro, O. L.; Moreira, H. M.; Hafner, M. L. M. B. 2009. Medical training grounded in problem-based learning: a qualitative evaluation. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 28 (13): 71-83
- Good, B. J. 1995 (1994). *Medicine, rationality, and experience – an anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gordon, E. J. 2004. Bioethics: contemporary anthropological approaches. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.). *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures*. New York, Springer, (1): 73-85.
- Guedes, C. R.; Nogueira, M. I.; Camargo Jr, K. R. 2006. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4): 1093-1103.
- Gusmão, R. M.; Xavier, M.; Heitor, M. J.; Bento, A.; Almeida, J. M. C. 2005. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos locais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18: 129-146.
- Hahn, R. A. 1983. Biomedical practice and anthropological theory – frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003. *Mapa de pobreza e desigualdade – municípios brasileiros 2003*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em linha: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> [Acedido em 21-06-2010].
- Kleinman, A. 1991. *Rethinking psychiatry – from cultural category to personal experience*. New York, The Free Press.

- Kleinman, A. 1995a. *Writing at the margin – discourse between anthropology and medicine*. Los Angeles, University of California Press.
- Kleinman, A. 1995b. Anthropology of medicine. In: Warren, T. R. (ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York, Macmillan (3): 1667-1674.
- Kleinman, A. 2004. Culture and Depression. *New England Journal of Medicine*, 351 (10): 951-953.
- Lambert, H. 1996. Medical anthropology. In: Barnard, A.; Spencer, J. (eds.). *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. Londres e Nova Iorque, Routledge: 358-361.
- Lock, M. 2004. Medicalization and the naturalization of social control. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.). *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures*. New York, Springer, (1): 116-125.
- Machado-Vieira, R.; Soares, J. C. 2007. Transtornos de humor refratários à tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 supl.2: S48-S54.
- Maletic, V.; Raison, C. L. 2009. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Frontiers in Bioscience*, 14: 5291-5338.
- Menezes, R. A. 2000. Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(2): 27-49.
- Merhy, E. E. 2000. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, 6 (4): 109-116.
- Ministério da Integração Social. 2010. *Programa de sustentabilidade de espaços sub-regionais – mesorregião do vale do Jequitinhonha e do Mucuri*. Ministério da Integração Social. Disponível em linha: http://www.integracao.gov.br/programas/programasregionais/index.asp?area=spr_mes_mucuri [Acedido em 21-06-2010].
- Moral, R. R. 2007. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, 23 (11), n.23: 619-35.
- Pedinielli, J. L.; Bernoussi, A. 2006. *Os estados depressivos*. Lisboa, Climepsi Editores.

- Peres, M. F. T.; Almeida Filho, N. 2005. The new transcultural psychiatry and the reformulation of the relationship between words and things. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 17(9): 275-85.
- Powell, V. B.; Abreu, N.; Oliveira, I. R.; Sudak, D. 2008. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 suppl.2: S73-S80.
- Rossi, P. S.; Batista, N. A. 2006. The teaching of communication skills in medical Schools - an approach. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 19(10): 93-102.
- Rot, M.; Mathew, S. J.; Charney, D. S.. 2009. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 180 (3): 315-313.
- Schraiber, L. B. 1997. When technique meets ethics: the exercise of judgment and decisionmaking in the daily medical routine. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, 1(1), 123-140.
- Sinha, A.; Gibbs, T. 2004. Social stratification and health in the western context. In: Ember, C. R.; Ember, M. (eds.). *Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures*. New York, Springer, (1): 198-206.
- Souza, I. M. A. 2007. Produzindo corpo, doença e tratamento no ambulatório: apresentação de casos e registro em prontuário. *Maná*, 13(2): 471-498.
- Sucupira, A. C. 2007. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 23(11): 619-35
- Tesses, C. D. 2006. Social Medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 20(16): 347-362.
- Tesser, C. D. 2007. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3): 465-484.
- Uchoa, E.; Vidal, J. M. 1994. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Caderno de Saúde Pública*, 4 (10): 497-504.

APÊNDICE I

Folha de Observação Sumária

