

Fundação Getúlio Vargas

EAESP – Escola de Administração de Empresas de São Paulo

Curso de doutorado em Administração de Empresas

REPRESENTAÇÕES DO SOMÁTICO E DO PSÍQUICO NA CULTURA
DE UMA ORGANIZAÇÃO UNIVERSITÁRIA E HOSPITALAR
BRASILEIRA

TESE DE DOUTORADO

CRISTIANE CURI ABUD

São Paulo

2011

CRISTIANE CURI ABUD

REPRESENTAÇÕES DO SOMÁTICO E DO PSÍQUICO NA CULTURA
DE UMA ORGANIZAÇÃO UNIVERSITÁRIA E HOSPITALAR
BRASILEIRA

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Administração de Empresas da Fundação
Getúlio Vargas de São Paulo,
para obtenção do título de
Doutora em Administração de Empresas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ester de Freitas

São Paulo

2011

CRISTIANE CURI ABUD

REPRESENTAÇÕES DO SOMÁTICO E DO PSÍQUICO NA CULTURA
DE UMA ORGANIZAÇÃO UNIVERSITÁRIA E HOSPITALAR
BRASILEIRA

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Doutora Maria Ester de Freitas

Instituição: EAESP Fundação Getúlio Vargas

Assinatura:

Professora Doutora Ana Maria Malik

Instituição: EAESP Fundação Getúlio Vargas

Assinatura:

Professor Doutor José Roberto Heloani

Instituição: EAESP Fundação Getúlio Vargas

Assinatura:

Professor Doutor Renato Mezan

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Assinatura:

Professora Doutora Vera Blondina Zimmermann

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Assinatura:

*Para o meu irmão Fernando,
cúmplice companheiro
nos momentos mais perigosos
da minha vida.*

“Não há verdadeiro complô senão o complô conduzido entre irmãos”

Enriquez (1997, pg. 94)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Maria Ester de Freitas pelo apoio, orientação e carinho a mim dedicados durante todo o trabalho de doutorado.

A Ana Maria Malik pela clareza de espírito, pela franqueza e pelas valiosas contribuições na prova de qualificação.

A José Roberto Heloani pelas contribuições na prova de qualificação e durante todo o processo de pesquisa.

A amiga Vera Blondina Zimmermann pela generosidade de mãe. Ao Getúlio Ponce Dias pelas infundáveis e afetuosas discussões.

Ao Renato Mezan pela carinhosa disponibilidade de escuta.

Ao José Atílio Bombana e a toda equipe do Programa de Assistência e Estudos sobre Somatização, pela parceria de tantos anos.

Ao Grupo de Trabalho e Pesquisa em Dinâmicas Grupais do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, pelo estudo aprofundado das teorias psicanalíticas de grupo e instituições.

Ao Mario Alfredo De Marco por pacientemente me ensinar Educação Médica.

A todos os entrevistados, que generosamente concederam seu tempo e compartilharam seus sucessos, aprendizados, medos e angústias, permitindo a realização desta tese.

A Universidade Federal de São Paulo e ao Hospital São Paulo pela oportunidade da realização deste trabalho.

A Capes e a GV Pesquisa pelas bolsas concedidas, que permitiram a concretização desse trabalho.

A Ana Paula Paulino Costa pelo companheirismo nesses anos de estudo. A Carisa de Almeida pelo afeto e apoio moral.

A Eliane Cury Nahas, minha irmã-prima, por estar sempre ao meu lado.

A Ana Cecilia Lucchese pela amizade, meu anjo da guarda.

A Alessandra Maria Julião, minha irmã de coração.

A Miriam Saleme, pela alegria e carinho nas horas de folga.

A Cristina Hirashima por me lembrar a importância do corpo.

A minha família por estar sempre em meu coração.

RESUMO

A experiência do Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/ HSP e a literatura científica mostram que os pacientes somatizadores tendem a estabelecer com a organização hospitalar uma relação muito dispendiosa, tanto do ponto de vista da relação que mantêm com seus profissionais quanto com relação ao volume de recursos materiais que consomem. A partir do estudo de caso do Hospital São Paulo (HSP) e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o presente estudo analisou qualitativamente que elementos a cultura das organizações oferece a seus membros para que eles construam coletivamente representações sociais acerca do psíquico e do somático, e que elementos oferece para que tais representações sejam integradas, articuladas ou cindidas coletivamente pelos seus membros. Tendo concluído, através da análise das instâncias propostas pela metodologia psicossociológica, que as organizações analisadas não dispõem de uma cultura que favoreça, através de representações sociais, a articulação e integração psíquica das angústias despertadas pela tarefa médica em geral, e tampouco pelas angústias despertadas pelos pacientes somatizadores. Tarefa que constantemente acena a possibilidade da morte, determinando como angústia central despertada, a hipocondria.

Palavras-chave:

Cultura organizacional, psicossociologia das organizações, organização universitário-hospitalar, somatização, hipocondria, humanização da assistência médica.

ABSTRACT

Care experience in *Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/ HSP* and scientific literature show that somatizing patients tend to establish an expensive relationship to hospital organization, increasing material and emotional costs. From the case study of *Hospital São Paulo (HSP)* and the *Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)*, this work analyzed, qualitatively, which factors these organization's culture offer to its community to allow them to build and to integrate social representations on psychic and somatic issues. Through psychosociologic methods analyses, it was noted that these organizations do not provide a culture that would help its members to deal with the anguish roused by the medical task, while dealing with somatization disorder patients. This task usually waves the possibility of death, determining hypochondria as its main anguish.

Keu words:

Organizational culture, organizational psychosociology, hospital-school organization, somatization disorder, hypochondria, medical care humanization.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. A Medicina em diferentes contextos históricos	23
2. 1. A Antiguidade.	24
2. 2. O período medieval	28
2. 3. A Renascença	30
2. 4. A passagem da Renascença para o Iluminismo.....	32
2. 5. O Iluminismo.....	35
2. 6. A transição para o século XIX.....	36
2. 7. O surgimento da psicologia, da medicina social, dos hospitais, a serviço da “economia política do corpo”	39
2. 8. Os séculos XX e XXI.	46
 3. A universidade médica	52
3. 1. A educação médica no Brasil: análise, conquistas e perspectivas.....	53
3. 2. Aula de respeito ao cadáver: os sobreviventes	59
3. 3. A construção da subjetividade e da identidade médica.	64
3. 4. A adaptação psíquica à instituição.....	68
3. 5. A adaptação disciplinar à instituição.	78
3. 6. Uma experiência digna de nota.	88
 4. A Organização Hospitalar	93
4. 1. Hospitais: de templos religiosos a templos de consumo.	93
4. 2. A inclusão da psiquiatria	99
4.3. O Hospital São Paulo e as missões dos hospitais da atualidade.....	103
4. 4. A gestão dos conflitos entre assistência, ensino, pesquisa e administração.....	105
4. 5. Os profissionais e a organização do trabalho	109
4. 6. A morte: última missão hospitalar.....	116
 5. Pesquisa de campo: Aspectos Metodológicos	123
5. 1. Da natureza do estudo.....	123
5. 2. Dos procedimentos de análise dos achados.....	130

6. Resultados: Categorias e sua Análise.	132
6. 1. A missão do médico no complexo UNIFESP-HSP.....	132
6.1.1. A missão do médico na assistência.....	132
a) A capacitação técnica e científica do médico.....	133
b) A humanização.....	137
6.1.2. A pesquisa, a assistência e o ensino.	166
6.2. A missão do psiquiatra no complexo UNIFESP-HSP.....	169
7. Análise organizacional à luz da Psicossociologia das Organizações.	178
7.1. A Instância Mítica.	180
7. 2. Instância Pulsional.....	183
7. 3. A Instância Social-histórica.....	190
7. 4. A Instância Institucional.....	193
7. 5. A Instância Organizacional.	197
7. 6. A Instância Grupal e a Individual.....	199
8. Conclusão	201
9. Referências Bibliográficas	211

1. Introdução

*“Se quer seguir-me, narro-lhe; não uma aventura, mas experiência,
a que me induziram, alternadamente, séries de raciocínios e intuições.
Tomou-me tempo, desânimos, esforços. Dela me prezo, sem vangloriar-me.
Surpreendo-me, porém, um tanto à-parte de todos,
penetrando conhecimento que os outros ainda ignoram.
O senhor, por exemplo, que sabe e estuda,
suponho nem tenha idéia do que seja na verdade – um espelho?
Demais, decerto, das noções de física, com que se familiarizou, as leis da óptica.
Reporto-me ao transcendente. Tudo, aliás, é a ponta de um mistério. Inclusive, os fatos.
Ou a ausência deles. Duvida? Quando nada acontece, há um milagre que não estamos vendo.”*
Do conto O espelho, de Guimarães Rosa.

Há cerca de doze anos o Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/ HSP (PAES) recebe um tipo bastante peculiar de paciente diagnosticado como somatizador, proveniente de diversos ambulatórios do hospital geral. O paciente somatizador é classificado pela psiquiatria dentro do quadro de Transtorno Somatoforme, e caracteriza-se por apresentar inúmeras queixas somáticas que, ao serem investigadas clínica e laboratorialmente, não apresentam um substrato orgânico ou apresentam uma patologia orgânica insuficiente para justificar a intensidade e persistência de suas queixas (Bombana, 2000).

Trata-se de pacientes que freqüentam o Hospital visitando diversas especialidades clínicas, buscando alívio para gastrite; fibromialgia; cefaléia; hiperestesia auditiva, olfativa e táctil; ansiedade; taquicardia; desânimo; etc. A extensa sintomatologia clínica levou a Clínica Médica, disciplina da universidade, a classificar tais pacientes dentro do quadro de Síndromes Sintomáticas Funcionais que incluem, além da fibromialgia já citada, a síndrome de fadiga crônica, síndrome do intestino irritável, síndromes dolorosas, entre outras.

Para ilustrar, selecionei duas, dentre muitos pacientes que atendemos que oferecem uma verossímil ilustração de paciente somatizador atendido pelo Programa. A paciente Dolores (Abud, 2003) procurou os serviços do Hospital São Paulo (UNIFESP) por uma infecção urinária recorrente. Após vários exames, detectou-se hematúria (constante sangue na urina) persistente. Os médicos não têm qualquer explicação para

este fato que, acreditam, não trará grandes conseqüências para a saúde da paciente. De tanto tomar antibiótico para estas infecções urinárias, Dolores desenvolveu uma gastrite e procurou um gastroenterologista que lhe pediu mais exames, descobrindo no exame de sangue uma elevada taxa de colesterol. Como “quem procura, acha”, em uma destas peregrinações ao Hospital, Dolores descobriu que sofria da síndrome do cólon irritável e também de fibromialgia, acrescentando assim mais dois diagnósticos para o seu “currículo”. E como um especialista leva a outro especialista que, presume-se, tenha alguma resposta para suas “dor no coccis”, dor nos braços, cefaléia, insônia, taquicardia, pressão alta, desânimo, tontura, etc. Dolores percorreu uma verdadeira romaria pelo Hospital, que durou cerca de sete anos, até que seu ginecologista, descontente com as poucas e até ausentes evidências de um substrato orgânico para seus sintomas, supôs alguma contribuição de ordem emocional e encaminhou-a para a Psiquiatria, mais especificamente para o Programa de Atendimento e Estudos de Somatização.

Maria das Dores procurou o serviço em 2004 e seu currículo médico inclui dores nas articulações, depressão, fibromialgia, reumatismo, hipotireoidismo, crises de choro freqüentes, tristeza, formigamento, dores no peito, escurecimento da vista, perda do controle do corpo a ponto de ter que ser carregada, por vezes, não consegue ouvir, insônia, pesadelos, dores no corpo, náusea, dores no rosto, obstipação, pensamentos recorrentes sobre a morte.

Como Dolores e Maria das Dores, inúmeras pacientes freqüentam o Hospital visitando as mais diversas especialidades, de acordo com o tipo de sintoma que apresentam a tal ponto que o Hospital chega a transformar-se numa “*segunda casa*” (sic). Os pacientes visitam o hospital todos os dias, passam a conhecer os funcionários, os professores, conseguem driblar a burocracia da instituição para serem atendidos na hora e com quem escolherem. (Abud, 2009). Pouco a pouco, os pacientes deixam de trabalhar, visitar parentes, amigos, freqüentar cultos religiosos, restringindo-se apenas à condição de doente.

O tratamento oferecido pelo ambulatório consiste em atendimentos psiquiátricos clínicos, terapia de base psicanalítica individual, grupos de psicoterapia e grupos de conscientização corporal, realizados por uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, reumatologista, fisioterapeutas e psicanalistas. O tratamento visa não apenas o alívio ou controle dos sintomas, como também a reinserção social dos pacientes, ajudando-os a resgatar sua identidade que ficou tomada pela condição de “doente”.

Por apresentarem um psiquismo cuja capacidade de abstração e simbolização mostra-se bastante precária, operando de forma muito concreta, dificilmente os pacientes aceitam que suas dores possam relacionar-se a emoções, acreditam em sua natureza exclusivamente física. Muitas vezes confundem sentimentos como angústia e tristeza, ou seja, dores morais, com dores físicas. Por exemplo, uma paciente sentindo um aperto no peito foi ao seu cardiologista que a examinou e nada detectou do ponto de vista orgânico. O profissional disse à paciente que provavelmente ela estava angustiada. Entretanto, tomada por uma ansiedade hipocondríaca (preocupação excessiva com a própria saúde) que a levava a pensar que aquela sensação era indício de um infarto ela foi a outro médico. E cada vez que o aperto no peito se apresenta ela corre para o pronto socorro supondo que algum médico um dia descobrirá a causa daquela sensação corporal. Certa de estar acometida por alguma doença, a paciente já não trabalha mais, e restringiu intensamente sua vida social. O tratamento proposto a essa paciente visa resgatá-la dessa condição imaginária de doente, interrompendo sua romaria na instituição e ajudando-a a reinserir-se na sociedade.

É preciso ainda dizer que a desconfiança apresentada por essa paciente de que o médico não a examinou direito ou por alguma razão não descobriu que doença ela tem, é uma desconfiança freqüente em pacientes somatizadores, e acaba por dificultar a relação com o médico ou com o profissional de saúde mental que se sente, não raramente, frustrado e impotente.

Concluindo, estamos diante de problemáticas psíquicas manifestas, traduzidas nos corpos dos pacientes que acabam por questionar ou até mesmo denunciar o modelo médico assim como o modelo psicológico dos quais nossa ciência dispõe atualmente e que são insuficientes para responder a essa problemática tão complexa.

A ponta do iceberg: o custo financeiro...

Para apresentar a dimensão do volume desse tipo de pacientes, estima-se que nos Estados Unidos, cada paciente somatizador gasta, por ano, US\$5.678 dólares, que é US\$2.734 dólares mais do que um paciente não somatizador. Isso representa 16% do total de gastos médicos. Assim, dos 1.6 trilhões de dólares gastos pelos Estados Unidos com saúde, 256 bilhões podem ser atribuídos a pacientes somatizadores. Sendo que, como referência de comparação, os gastos estimados com diabetes totalizam 132 bilhões de dólares. (Barsky, 2005). Segundo Barsky (2005), esses pacientes utilizam

duas vezes mais recursos de saúde. Recursos aplicados na saúde mental foram a única forma de utilização que não era significativamente elevada em relação aos pacientes não somatizadores! São dados compatíveis com a literatura que indicam que pacientes somatizadores utilizam muito mais frequentemente os recursos de saúde, sendo que, 58% dos pacientes somatizadores apresentam depressão e ansiedade; mas a somatização contribui sozinha para elevar as taxas de utilização dos serviços de saúde. Outro estudo realizado num hospital de Manchester (Shaw; Creed, 1991) revela que o custo médio de um paciente é de 286 libras, variando entre 40 a 2300 libras. O custo mínimo, 8,40 libras, é de um paciente não internado, no qual não foram realizadas investigações, e foi diretamente encaminhado ao psiquiatra. Este paciente voltaria, provavelmente, para mais duas consultas psiquiátricas, totalizando um custo de 25 libras.

Smith (Maio,1986) demonstrou que o gasto per capita de pacientes somatizadores em serviços de saúde é nove vezes maior que a média per capita, e que (Smith, Jan, 1986) quando encaminhados e tratados por psiquiatras esse custo reduz em torno de 50%; e que a média de consumo per capita nos hospitais americanos no ano de 1980 foi de 385 dólares, sendo que os pacientes somatizadores desse estudo gastaram 2.382 dólares. Brenann (2005) estudou a síndrome do cólon irritável, um distúrbio crônico caracterizado por recorrentes dores abdominais e alteração no hábito intestinal, sem causa orgânica detectável, que afeta 15% da população adulta, resultando em 3.6 milhões de consultas médicas por ano e custa 20 bilhões de dólares por ano. Esses pacientes consomem 50% mais os serviços de saúde do que os pacientes que não têm o distúrbio. Por exemplo, são pacientes que fazem cirurgias (colostomia) numa proporção três vezes maior que a população em geral, mesmo sabendo-se que os sintomas não desaparecem com a cirurgia.

Assim, constata-se a alta utilização de recursos médicos se deve a outros fatores que não a necessidade médica do procedimento. O autor (Brenann, 2005) encontrou em sua pesquisa uma comorbidade entre a síndrome do cólon irritável e somatização.

Estudos na Alemanha Ocidental (Mumford,1984) revelaram que pacientes que se submetiam a psicoterapia e psicanálise reduziam despesas com hospitalizações se comparados com um grupo controle. Esse estudo concluiu que a psicoterapia diminuiu em 20% a utilização de recursos médicos significando uma redução de até 14% nos custos. Rost (1994) demonstrou que consultas psiquiátricas reduzem os gastos dos pacientes com saúde e que os pacientes melhoram de seus sintomas. Além de a intervenção psiquiátrica ser efetiva para esses casos, os médicos que usam exames e

procedimentos mais invasivos deixam os pacientes mais debilitados além de deixá-los com mais medo de ter algum problema de saúde grave.

Desta forma, a organização cuja tarefa é assistir os pacientes, e se possível, salvar vidas, quando se depara com um paciente somatizador, sequer consegue realizar um diagnóstico apropriado. O ideal buscado cai por terra gerando, por um lado, pânico nos pacientes que, depositaram suas vidas e esperanças nas mãos dos médicos e, portanto, se vêm absolutamente desamparados; e de outro, um sentimento de frustração, incompetência e impotência nos profissionais, que de heróis, instantaneamente, transformam-se em vilões.

Assim, sintomas que deveriam ser compreendidos do ponto de vista psíquico e encaminhados para o setor de psiquiatria, não são diagnosticados como somáticos, uma vez que os exames realizados não apresentam nenhum ou muito pouco substrato orgânico para a queixa do paciente; mas são tratados como tal. Por vezes, são tratados até cirurgicamente, através das chamadas “cirurgias brancas” nas quais se opera desnecessariamente o paciente. O profissional responsável pelo paciente deveria julgar se o tratamento ajuda ou prejudica o paciente, pois extensas intervenções e investigações podem ser iatrogênicas e aumentar a sensação do paciente de estar doente (Kinder, 2004).

Kinder ilustra essa situação com um caso clínico muito impressionante: trata-se de uma paciente que aos catorze anos apresentava dor na garganta e nariz tendo sido submetida a uma cirurgia na qual retirou as amídalas. Cinco anos depois, grávida, ela apresentou recorrente dor abdominal e extensas investigações não encontraram causa orgânica. Na infância teve um desenvolvimento normal. Desde então, freqüentou 16 especialistas diferentes no hospital, na Inglaterra, e passou por investigações acerca de suas dores no peito, entupimento nasal, dor nos seios, no rosto, no ouvido, síndrome do cólon irritável, menorragia e problemas urinários. Foi encaminhado à reumatologia três vezes com dores difusas pelo corpo. Seus sintomas não melhoraram com a cirurgia. Ela passou por 29 cirurgias, 10 MRI scans, três CT scans e 25 ultra-sonografias. Realizou 204 consultas médicas e 52 internações, totalizando 411 dias, nos últimos 30 anos. Ela tem hoje 44 anos e é cuidada por neurologistas, clínico geral e urologistas. As únicas patologias com base orgânica demonstrável são uma incompleta gota no joelho e uma úlcera no duodeno. Os autores calcularam o custo dessas intervenções e consultas e totalizaram 209000 libras. Sem contar com custos de consultas de cuidados primários, prescrições, acidentes, visitas de emergência e atendimentos fora desse hospital.

...às custas do humano.

Penso que o custo financeiro é um “sintoma” da organização universitário-hospitalar. Se puder metaforizar, diria tratar-se de uma sangria institucional, um desperdício de tempo e dinheiro. O volume de gastos e o tempo que esses pacientes demandam da organização chamam minha atenção há alguns anos, e levantam a pergunta de como a organização e seus profissionais assistem a esses pacientes.

Para além do custo financeiro, que considero a ponta visível do iceberg, ocorre em uma camada mais profunda e invisível, um elevadíssimo custo humano, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde que os assistem.

Do ponto de vista dos pacientes, as dores que acometem seus corpos limitam seus movimentos e, pouco a pouco, deixam de sair para passear, para visitar amigos ou parentes, para fazer compras e, finalmente, deixam de trabalhar. Num movimento de retraimento narcísico, recolhem seus “pseudópodes” (Freud, 1914) libidinais, antes ligados a relações pessoais e ao trabalho, para o próprio corpo, fechando-se para o mundo e desejando, por fim, ‘encostar na caixa’.

Freqüentemente, os pacientes solicitam ao médico um atestado que os possibilite ‘encostar na caixa’, expressão muito utilizada referente ao auxílio doença propiciado pelo INSS. Movimento mortífero de desligamento do mundo e investimento libidinal do corpo, que contribui para o aumento das dores e a preocupação com a suposta doença. Costumamos brincar com os pacientes dizendo que quem encosta na caixa é defunto!

O hospital, enquanto organização acaba muitas vezes reafirmando esta primazia da dor nos pacientes, já que coloca o sintoma físico no centro do tratamento e abafa as outras possibilidades do sujeito de se reconhecer. Mesmo porque, os pacientes são egoicamente adaptados ao contexto social, não apresentando sintomas psíquicos gritantes como delírio, alucinação ou uma depressão maior. Apesar de sua aparente normalidade os somatizadores apresentam psiquismos bastante comprometidos. Terapêutico seria ajudar essas pessoas a sair de seu enclausuramento privado e restaurar sua capacidade para o trabalho e para o convívio social. Estimulá-los a reencontrar sua história de vida, seus desejos e suas potencialidades, que perderam lugar desde que a dor se tornou soberana. Dor, freqüentemente, despertada por situações de vida extremamente traumáticas, de sucessivas mortes e lutos por parentes próximos, violência sofrida na infância, acidentes, etc. Histórias de vida abafadas pela dor que

provocaram e que precisam ser resgatadas, narradas e re-significadas, para que a ansiedade hipocondríaca, ou seja, o medo de adoecer e morrer possa dar lugar à vida novamente (Abud et Al., 2009).

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, os atendimentos são extremamente frustrantes uma vez que não conseguem ajudar os pacientes, a partir de seus instrumentos teóricos e práticos. As sensações despertadas pelo paciente que não se encaixa no referencial do médico são de impotência, culpa e irritação. O médico confirma que *“nada poderia ser feito a mais pelo paciente, mesmo”* (Botega, 1997, p.88), e o encaminha a outro colega especialista, que recebe o paciente com *“uma sensação de raiva, sentindo-se usado e explorado por um colega que se vale de um ‘passar a bola pra frente’”* (Botega, 1997, p.88).

Botega define esses encaminhamentos como ‘automáticos, nos quais *“parece ocorrer um curto-circuito na relação médico-paciente, impedindo que o processo de tomada de decisão em relação à necessidade do auxílio de um especialista siga um curso normal. Algo trazido pelo paciente repercute profundamente no médico, que, apressadamente, procura encaminhar sua angústia e responsabilidade para outro profissional”* (Botega, 1997, p.86). Assim, os pacientes, na maioria somatizadores, saem da consulta com vários papeizinhos de múltiplos encaminhamentos para outros especialistas, como se o médico ‘pulverizasse’ nos papéis de encaminhamento sua angústia de impotência.

Levanto a pergunta: o que repercute profundamente no médico para que ele tome esse tipo de conduta? Qual é a angústia despertada por esses pacientes? Penso que a angústia em questão vai além da impotência, penso tratar-se da angústia hipocondríaca que os pacientes carregam e projetam no profissional que fica acometido por um intenso medo de errar, de não estar conseguindo encontrar a suposta doença e tenta se precaver através de todo arsenal clínico, laboratorial e cirúrgico do qual a instituição dispõe. E pela observação que realizei ao longo dessa pesquisa, raramente o médico investiga ou supõe que aspectos emocionais possam estar envolvidos no quadro clínico apresentado.

É verdade que, do ponto de vista individual, os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades emocionais na sua prática médica, dada a ansiedade despertada pela tarefa cumprida na organização hospitalar. A tarefa assistencial hospitalar inclui lidar com doenças e com a possibilidade e o fato da morte, o que desperta essencialmente uma ansiedade hipocondríaca. Na residência médica são observados diversos distúrbios psicológicos nos médicos residentes, que incluem *“estados*

depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo e um irônico humor negro.” (De Marco, 2003, p. 245). A situação é tal que a Associação Médica Americana considera os médicos residentes como um grupo de risco para distúrbios emocionais.

Dentre as causas dos quadros de distúrbio emocional manifestadas pelos médicos residentes destacam-se: privação de sono, excessiva carga de trabalho, responsabilidade profissional, mudanças freqüentes nas condições de trabalho, competição entre os colegas (De Marco, 2003, p.246). Todos os fatos envolvidos nos levam a concluir que o corpo desses profissionais é tratado, pela organização, como um corpo imortal e infalível, capaz de suportar condições de trabalho absolutamente insuportáveis a que ficam submetidos.

E isso não é exclusivo das organizações hospitalares. Sievers (1990), em seu artigo *The diabolization of death and mortality*, argumenta como a morte é institucionalizada nas organizações em geral, nas quais o indivíduo tem que corresponder às expectativas que o cercam de energia, competência, sucesso, carreira, masculinidade e criatividade. Ele ter que lutar com a vida em geral, com o possível significado de sua vida profissional e com o significado da instituição que o abriga são questões que devem ser mantidas em seu mundo privado.

De acordo com os dados oferecidos por De Marco (2003) acima expostos, podemos supor que os profissionais de saúde também têm que corresponder às expectativas que os cercam no que diz respeito à energia, competência, sucesso e criatividade, como os profissionais de outros tipos de organização. Isso numa época histórica em que a profissão do médico encontra-se em crise de identidade (Mello Filho, 1983, *apud* Botega, 1997) devido à fragmentação e superespecialização da medicina, despersonalização da assistência médica, o desprestígio da classe, com descenso no *status* pessoal e social. “*O médico teria perdido o seu ‘impacto como pessoa’ sobre o paciente*” (Botega, 1997, p.60).

Ora, privação de sono, carga excessiva de trabalho, despersonalização da assistência, desprestígio da classe médica são condições impostas pela organização do trabalho e pela cultura, e não necessariamente uma dificuldade pessoal do profissional em lidar com aspectos emocionais. Assim, para além das dificuldades psicológicas individuais que o médico possa enfrentar na relação com o paciente somatizador - relação que fica tomada pela ansiedade hipocondríaca e pela desconfiança do paciente de que o médico não sabe o que ele tem, causando insegurança e incerteza no médico - é

preciso analisar qual a relação entre a organização do trabalho e a conduta de insistir em encontrar um substrato orgânico para sintomas que podem ser diagnosticados e tratados como psíquicos.

Em outras palavras, o objetivo desse trabalho é analisar qualitativamente que elementos a cultura das organizações hospitalares universitárias – a partir do estudo de caso do Hospital São Paulo (HSP) e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – oferece a seus membros para que eles construam coletivamente representações sociais acerca do psíquico e do somático, e que elementos oferece para que tais representações sejam integradas, articuladas ou cindidas coletivamente pelos seus membros. Como a organização se estrutura para lidar com a ansiedade hipocondríaca, o medo de adoecer e de morrer?

Esse objetivo implica necessariamente em avaliar aspectos relacionados à chamada “humanização da assistência hospitalar”, ou seja, o quanto a organização hospitalar propicia um atendimento humanizado, que inclua aspectos psíquicos e emocionais dos pacientes, para além dos aspectos técnicos. O profissional encontra uma estrutura organizacional do trabalho que permita avaliar a ansiedade e angústias do paciente? Ele encontra tempo, espaço e respaldo institucional na organização? Essas questões podem ser avaliadas também na universidade, local de educação que disciplina e prepara os alunos para determinado tipo de assistência, conforme dita a filosofia do curso.

Para tentar responder essas questões, dividi essa tese em seis capítulos, além dessa breve introdução. O segundo capítulo trata de remontar, desde a Antiguidade até a era atual, a história da medicina e suas correlações com a morte, a vida, o corpo, a loucura – mais especificamente a hipocondria e a histeria – e a psicossomática. A inclusão da histeria nesse histórico deve-se ao fato de sua sintomatologia muitas vezes confundir-se com os sintomas da hipocondria, e a decorrente dificuldade de diferenciação diagnóstica entre tais afecções até hoje encontrada pelos profissionais. A revisão da história permite-nos analisar como esses conceitos foram historicamente construídos e contextualizar como afetam a atual concepção e postura das organizações hospitalares e de seus membros frente aos mesmos. Permite-nos analisar o contexto cultural atual no qual a organização UNIFESP-HSP está inserida, contexto que tende a evitar o contato com a morte e seus equivalentes simbólicos, contexto no qual perdas, luto e tristeza não encontram um espaço no cotidiano, mas sim, nas classificações patológicas. Contexto que propicia formas de subjetivação reativas ao tabu da morte.

Tabu cuja ansiedade central é justamente seu correlato, a hipocondria, o medo de adoecer e morrer. Esse contexto cultural favorece certo tipo de demanda por parte dos pacientes à organização hospitalar e isso deve ser levado em conta na análise organizacional.

A partir da contextualização histórica e cultural, seguimos para o terceiro capítulo no qual apresentarei um panorama sobre a Educação Médica no Brasil, contexto no qual se insere o curso de graduação de medicina da Universidade Federal de São Paulo. Em seguida, descreverei a graduação de medicina da UNIFESP, apresentando dados sobre o curso, obtidos através da observação de algumas aulas, sendo uma delas integralmente descrita por considerá-la emblemática da filosofia e da estrutura do curso de graduação, e a partir da qual pude realizar uma análise de como se dá a adaptação psíquica e disciplinar dos alunos calouros, membros ingressantes da organização. Outros dados sobre o curso foram obtidos através da leitura e análise de documentos cujo conteúdo permitiu uma noção sobre a estrutura e filosofia da universidade. Encontrei um livro publicado pela reitoria da UNIFESP que fornece dados sobre sua história e origem, cujo discurso propicia uma análise inicial da organização. Acessei o site da universidade buscando avaliar como se estrutura o vestibular, os critérios de seleção dos candidatos ao curso; assim como o curso propriamente dito, seu currículo, a metodologia de ensino, o conteúdo e as formas de avaliação. Finalmente, relato uma experiência que vivenciei enquanto professora de Psicologia Médica e estabeleço uma ponte entre o curso da UNIFESP e a atual realidade da Educação Médica brasileira. A análise é realizada visando avaliar se a formação oferecida aos alunos propicia, em forma e conteúdo, uma assistência humanizada que contemple os aspectos psíquicos dos pacientes.

No quarto capítulo apresento o Hospital São Paulo. Início esse capítulo apresentando um breve histórico de como as organizações hospitalares atravessaram os séculos, mostrando a sua transformação de templos religiosos em templos de consumo, e retomo historicamente, como a psiquiatria foi sendo incluída nas organizações hospitalares, uma vez que nem sempre fez parte das mesmas, buscando avaliar que conflitos e tensões, assim como benefícios essa “fusão” pode ter despertado na organização hospitalar e na assistência que promove. Em seguida, apresento o Hospital São Paulo inserido dentro dessa realidade social e histórica mais abrangente. Os dados também foram coletados no site da organização, nas visitas que realizei ao hospital, análise de documentos históricos, e que serão complementados com os dados fornecidos

pelos membros entrevistados da organização, a serem apresentados no capítulo 6 dessa tese. A apresentação do Hospital São Paulo, inclui suas missões e sua comparação com as missões geralmente assumidas pelas organizações hospitalares, focando a questão da humanização. Para então, questionar como conciliar as missões que o HSP se propõe - prestar uma assistência humanizada, desenvolver pesquisas e formar profissionais de saúde - missões provenientes de valores instituintes tão diversos e que requerem organizações do trabalho diferentes, muitas vezes incompatíveis e excludentes. E problematizar como essas contradições repercutem na organização do trabalho, nos profissionais que o exercem e na humanização da assistência. Finalmente, trato da missão recentemente assumida pelas organizações hospitalares de lidar com a morte, integrando a questão ao quadro de contradições inerentes a missões tão diversas e distintas, e à cultura moderna impregnada pelo tabu da morte.

O quinto capítulo é dedicado a esclarecer as questões metodológicas da coleta e análise de dados. Os esclarecimentos metodológicos incluem a natureza do estudo que configura uma abordagem qualitativa de pesquisa através de um estudo de caso, o que implica em estudar e analisar o significado das representações psíquicas e sociais singulares das organizações UNIFESP e HSP. Incluem os instrumentos de coleta de dados utilizados, sendo o principal a entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro, entrevista posteriormente transcrita para análise do seu conteúdo, além da observação direta de rotinas e procedimentos. Justifico a amostragem das entrevistas realizadas com alunos do curso de graduação e residentes de medicina da UNIFESP, bem como professores da graduação e residência médica, e a análise qualitativa dos dados. E finalmente apresento o método utilizado para analisar os dados, que foram categorizados através de agrupamentos segundo os critérios de repetição e relevância.

Apresento, no sexto capítulo, a análise dos dados obtidos nas entrevistas realizadas, organizados em categorias e subcategorias de análise, visando compreender e analisar as representações sociais criadas pelos membros da organização para lidar com a subjetividade de seus membros e pacientes. Os dados apresentados abrangem temas como a missão da organização universitária e hospitalar; sendo que os entrevistados definem a missão contemplando três tarefas principais dos médicos: a assistência (sua humanização e organização); o ensino; e a pesquisa. Durante as entrevistas aprofundi junto aos entrevistados mais o tema da assistência do que os outros temas que apareceram em seus discursos, visando responder a pergunta dessa tese. E, enquanto representante psíquica e “corpo estranho” à cultura hegemônica das

organizações estudadas, criei uma categoria separada para a missão da psiquiatria, seu lugar, organização e papel nesse processo.

No capítulo sete realizo a análise organizacional, propriamente dita, à luz da psicossociologia das organizações, utilizando a metodologia proposta por Enriquez (1987) que contempla diferentes níveis de análise das organizações abarcando instâncias, sempre presentes nos fenômenos sociais, que englobam questões míticas, ideológicas, políticas, organizacionais, grupais, individuais e pulsionais. O objetivo desse capítulo é reorganizar todos os dados expostos até em tão, buscando responder à pergunta dessa tese: a UNIFESP e o HSP, enquanto organizações, propiciam uma cultura, estrutura e respaldo institucionais para que seus profissionais possam atender a questões subjetivas, psíquicas e emocionais dos pacientes?

E finalmente concluo, no capítulo 8, que as organizações analisadas não dispõem de uma cultura que favoreça o processamento psíquico das angústias despertadas pela tarefa médica em geral, e tampouco pelas angústias despertadas pelos pacientes somatizadores. Tarefa que constantemente acena a possibilidade da morte, determinando como angústia central despertada, a hipocondria. Pelo contrário, as diversas instâncias analisadas no capítulo anterior revelaram uma intensa cisão entre os aspectos somáticos de um lado e psíquicos e emocionais de outro. Sendo que as organizações, tanto UNIFESP quanto HSP hiperinvestem o soma em detrimento do psíquico. Encontrei uma defasagem entre o discurso organizacional que enaltece a humanização da assistência e a prática na qual isso não se verifica, defasagem organizacional que recai sobre os ombros dos médicos.

2. A Medicina em diferentes contextos históricos

O mito de Asclépio, mito de origem.

“Conta o mito que Corônís (...) é engravidada por Apolo. Tentando reparar a ilegitimidade do filho, ela quer se casar com Isquis. Um corvo, (...) leva a notícia ao deus, que, tomado por intenso ciúme descarrega, de imediato, seu ódio no portador das más novas, transformando sua cor. Quanto a Corônís, o deus não cogita outro castigo que a morte.

Pouco antes que Corônís arda na pira funerária, o deus, tomado de amor e compaixão pelo filho, retira-o, ainda com vida, do ventre da mãe e entrega-o aos cuidados de Chíron para ser educado.

Chíron era um centauro muito especial, tutor de muitos heróis e versado em várias artes, inclusive a da cura. É nesta arte que vai iniciar o menino e pupilo Asclépio.

Uma vez completada a iniciação, Asclépio dedicou-se com grande perícia e entusiasmo à arte de cura, mas não se conformou em curar somente os vivos e quis, também, ressuscitar os mortos. Zeus atendendo às queixas de Hades, senhor do mundo subterrâneo e ‘rei dos mortos’, que via seu reino se esvaziando, não permitiu que o hábil médico continuasse violando desse modo as leis da natureza e fulminou-o com um raio. A seguir elevou-o aos céus, convertendo-o na constelação chamada Serpentário.

Como vemos, a natureza de Asclépio foi moldada por uma dupla influência: de um lado Apolo, o pai luminoso e de outro, o mestre e tutor Chíron, que no vale ao pé do monte Pélion familiarizou-o com as plantas e seus poderes mágicos e também com a serpente.

O mundo de Chíron é contraditório: inesgotáveis possibilidades de cura e doença eterna. Habitante de uma caverna no cimo do monte Pélion, Chíron embora conhecesse o segredo das ervas que curam tinha, ele próprio, uma ferida incurável. Sua ferida fora provocada por uma flecha envenenada disparada por Heracles (Hércules) que o atingiu involuntariamente. Heracles é o grande herói dos gregos, herói civilizador por excelência que realizou uma série de trabalhos dando combate a toda sorte de monstros (...) Foi no combate aos centauros, criaturas selvagens, violentas e impulsivas que Heracles atingiu involuntariamente o amigo Chíron que, à diferença dos outros centauros, era bondoso e sensível. A flecha disparada por Heracles atingiu-o na pata traseira, provocando uma ferida que permaneceria para sempre aberta, pois Heracles embestia suas flechas no sangue envenenado da hidra de Lerna, um dos monstros que matara.” (DE MARCO, 2003, p. 26).

Assim nasce a medicina, a partir de uma gravidez ilegítima, seguida de traição, de vingança, de morte, da inconformidade com a morte, enfim, de uma ferida incurável, que não cicatriza. Se for verdade que os mitos revelam o imaginário de cada um de nós, vale a pena perguntarmo-nos: que ferida é essa? Ferida que, enquanto aberta, mantém o mito vivo ao longo dos séculos, mantém na medicina, nos profissionais de saúde em geral e na sociedade a esperança da cura e da imortalidade.

O mito foi, ao longo da história, adquirindo novas formas. De acordo com as descobertas da medicina foi plasticamente se transformando, encarnando novas promessas e conseqüentes desilusões. As concepções de vida e morte, corpo e alma, ciência e religião, sanidade e loucura, foram se modificando de acordo com as transformações sociais, políticas e econômicas. Mas o motor propulsor do mito, qual seja, a ferida aberta e sua conseqüente promessa de cura, mantém-se intacta, até os dias atuais.

Convido o leitor a um passeio pela história da medicina, com o objetivo de analisar as várias facetas e transformações do mito, inserindo-o nos diversos contextos históricos e suas respectivas concepções de vida, morte, corpo e alma. Assim como analisar sua relação com a psicossomática e a loucura, mais especificamente a histeria e a hipocondria, afecções que por sua sintomatologia psíquica e física propõem o desafio de desvendar o enigma da mediação entre corpo e alma. Os sintomas físicos e mentais presentes na histeria e na hipocondria denunciam o caráter enigmático da conexão entre psíquico e somático, impondo à medicina uma revisão dos próprios conceitos e nosografia. Numa relação ambígua e ambivalente, tais afecções por um lado desafiam o mito de origem da medicina, cutucando sua ferida e, por outro, mantêm acesa a chama da promessa. Vejamos no detalhe como foi sendo construída a demanda da cultura e da sociedade atual às organizações hospitalares.

2. 1. A Antiguidade.

Achados arqueológicos revelam que a medicina já era praticada na Antiguidade. Na Grécia antiga a medicina se dividia em duas correntes: a mágico-religiosa e a empírico-racional. A corrente mágico-religiosa expressava-se através da mitologia,

segundo a qual os deuses, principalmente Apolo, eram capazes, tanto de disseminar pestes e doenças quanto de curá-las (Volich, 2000).

A arte da cura era praticada nos templos dedicados a Esculápio. O conjunto arquitetônico do templo constituía-se de vários edifícios destinados a diferentes funções no processo de tratamento. Por exemplo, um ginásio destinado à prática de esportes; um teatro, cujas encenações promoviam, através das tragédias, a catarse nos pacientes, enquanto elemento terapêutico. O *Abaton* era um edifício onde se dormia após as ofertas sacrificiais, e aquele que durante o sono sonhasse com a divindade - geralmente era o próprio Asclépio quem aparecia no sonho - era admitido no templo e então submetido ao ritual de incubação. Aquele que não sonhasse, não recebesse a visita da divindade era considerado incurável (De Marco, 2003). Apenas analisando a sua arquitetura podemos deduzir que a concepção do ser e adoecer, na Grécia antiga, era bastante ampla, envolvendo diversos aspectos da vida do paciente, não se restringindo apenas aos sintomas ou à doença.

Ao lado da medicina religiosa, havia na Grécia médicos de uma linhagem empírico-racional que compartilhavam com os filósofos a idéia de que o homem é parte do mundo natural e, portanto sujeito às suas leis.

Os filósofos pré-socráticos buscavam uma causa natural das origens, atribuindo à água, terra, fogo e ar o princípio das coisas. Assim, a variação dos níveis da água no Nilo deixa de ser explicada pelas lágrimas da deusa viúva, e passa a representar a ação dos ventos que represavam a água. Essa escola cuidava do bem-estar físico e mental dos pacientes numa “*conjugação de higiene e terapêutica psicossomática.*” (Oliveira, 1981, p.71).

Outras correntes filosóficas permitem-nos notar essa conjugação psicossomática. Os socráticos, por exemplo, formaram a idéia de que o homem constitui-se de um substrato material, o corpo, mas também imaterial, a alma, dotada de pensamentos e emoções. Nota-se assim, uma “*tentativa de compreender as relações entre essas dimensões, corpo e alma*”, que “*constituiu-se como um dos principais veios do pensamento filosófico e das ciências que dele herdaram o espírito de investigação. No âmbito da medicina, essa discussão determinou, ao longo da história, diferentes vertentes na compreensão da doença, da natureza humana e da função terapêutica.*” (Volich, 2000, p.23)

A teoria dos humores, base da medicina hipocrática, inspirou-se na teoria, oriunda da filosofia, dos quatro elementos. Ao escrever seus tratados, Hipócrates

buscava estudar e explicar as causas naturais das doenças, através de cuidadosa observação, descrevendo detalhadamente seus sintomas e articulando-os com sua evolução, o que produziu uma profunda transformação na compreensão da doença e seu tratamento através de uma visão naturalista da medicina, donde se originou um método e uma doutrina com concepções etiológicas, filosóficas e terapêuticas fundadoras da medicina moderna.

Segundo a teoria dos humores o ser humano seria uma unidade organizada, regulada pela psyché (alma). Tal unidade seria passível de desorganizar-se, deixando o sujeito vulnerável ao adoecimento, sendo que a saúde repousava no equilíbrio entre os humores: a bile negra (melancolia), a bile amarela, a pituíta e o sangue.

Para compreender a doença, Hipócrates ressaltava a importância da anamnese e da observação clínica, desenvolvendo uma tentativa pioneira de semiologia:

“Nas doenças aprendemos a extrair os sinais diagnósticos das seguintes considerações: da natureza humana em geral e da complexidade de cada um em particular; da doença; do doente, das prescrições médicas; daquele que prescreve, pois isso pode sugerir os receios ou as esperanças; da constituição geral da atmosfera, e das particularidades do céu e de cada país, dos costumes; do regime alimentar; do modo de vida; da idade; dos discursos e das diferenças que eles oferecem; do silêncio; dos pensamentos que ocupam o doente; do sono; da insônia; dos sonhos, segundo o caráter que eles apresentam e o momento em que eles ocorrem; o movimento das mãos; as coceiras; as lágrimas; da natureza das repetições; das fezes; da urina; da expectoração; dos vômitos; das trocas feitas entre os doentes, e os depósitos que se voltam para a perda do doente ou uma solução favorável; dos suores; dos resfriamentos, dos arrepios; da tosse; dos espirros; dos soluços; da respiração; das eructações; dos ventos barulhentos ou não; das hemorragias; das hemorróidas.”(Epidemias, apud Volich, 2005, pg.26)

Nota-se que Hipócrates realizava uma anamnese que abordava outros aspectos da vida do sujeito, que não apenas sintomas físicos e morbidades, considerando cada paciente um sujeito singular. Considerava ainda aspectos “daquele que prescreve” implicando o médico, seus “receios e esperanças” na relação com o paciente. Além disso, segundo Volich (2005), ele não considerava um sintoma isoladamente, mas referenciado ao aspecto geral do paciente e ao conjunto de outros sintomas,

relacionados à sua personalidade. A partir dos casos singulares, Hipócrates induzia categorias gerais, mas nunca universais.

Por exemplo, Hipócrates compreendia a afecção histérica, a chamada “sufocação da matriz”, como um deslocamento do útero que se dava em função da sexualidade da paciente. O útero seria um organismo vivo como um animal que pode deslocar-se no interior do corpo feminino, idéia oriunda dos estudos de Platão. A sufocação ocorreria em mulheres que não têm relações sexuais, pois o coito umedece a matriz; do contrário ela fica vazia podendo deslocar-se pelo corpo. A sintomatologia incluía sufocação, ansiedade, tonturas, vômitos, dores de cabeça, resfriamento das pernas, e perda da palavra. A terapêutica seria basicamente a aplicação por fumegação de bons odores, à matriz, para expulsar o útero para baixo. Sob as narinas, colocavam-se substâncias fétidas, para que o útero não suba novamente. Mais interessante era o tratamento preventivo: *“para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para a viúva, a gravidez”* (Trillat, 1986, p.21).

Insistindo na impossibilidade de separar mente e corpo, Hipócrates concebia o humor como um princípio vital, determinante da vida, da doença e da morte, assim como das atividades do espírito. Para Hipócrates, a hipocondria surgia frequentemente associada à melancolia, caracterizada por medo e tristeza acompanhados de sensação física dolorosa persistente. A região dos hipocôndrios, diafragma e abdômen, seria um centro que, sob a ação dos humores, causaria as afecções histérica, hipocondríaca e melancólica. Assim, além dos sintomas mencionados, gastrite e distúrbios digestivos eram comuns nos quadros hipocondríacos. Portanto, a hipocondria e a histeria são afecções tidas como “primas” desde a antiguidade.

O declínio de Atenas no século III A.C., eclipsou a medicina hipocrática que veio a ser retomada por Galeno (131-201 d.C.), autor influente nas práticas médicas até depois do Renascimento. Para Galeno existia uma dependência entre corpo e espírito, sendo o corpo resultado de uma constituição e de uma construção. Adotando a teoria dos humores de Hipócrates, desenvolveu uma tipologia psicológica. (Volich, 2000).

Galeno caracterizou as doenças como um desequilíbrio dos humores e a doença mental seria causada pelas paixões. A hipocondria apresentava disfunções sexuais que provocavam no homem uma melancolia análoga à melancolia apresentada pelas mulheres históricas. Novamente, a exemplo de Hipócrates, considera uma íntima ligação entre melancolia e hipocondria, sendo que ambas apresentavam queixas

somáticas, desvitalização, humor sombrio e ansiedade em seus quadros sintomáticos. No entanto, predominavam na hipocondria os sintomas somáticos e na melancolia os sintomas psíquicos. Neste sentido, a hipocondria sempre esteve, para os estudiosos, no limiar entre o psíquico e o somático.

Com relação à histeria, Galeno atribuía à mulher a emissão de uma semente análoga ao esperma masculino, cuja falta de escoamento causaria os sintomas da histeria. Galeno nota que no uso da terapêutica tradicional, a paciente experimenta sensações de dor e prazer, *“parecidos com as sensações que experimentam durante o coito”* (Trillat, 1986, p.34) e a indicação terapêutica seria então o exercício da sexualidade e uma higiene masturbatória, com a finalidade de escoar a semente genital.

Os gregos antigos reverenciavam o corpo humano, e por isso, condenavam a dissecação de cadáveres, pouco conhecendo da anatomia humana, que era deduzida a partir da anatomia dos animais. Referente à morte na antiguidade, Áries (1974) encontrou um sentimento de familiaridade, sentimento isento de medo ou desespero, a meio caminho entre a resignação passiva e a confiança mística. O moribundo aceitava a própria morte como parte de seu Destino, numa cerimônia pública, cujo ritual era estabelecido pelos costumes. A cerimônia da morte era tão importante quanto o funeral e o luto. Tratava-se de um evento banal que a própria pessoa organizava e comandava. A morte era a consciência de cada pessoa de seu Destino e não aniquilava sua personalidade, mas a colocava para “dormir”, pressupondo uma crença na sobrevivência. Essa crença não fazia uma distinção, como fazemos hoje, entre o tempo da vida e o tempo depois de mortos, e acreditava na coexistência entre vivos e mortos. Essa forma de morrer significava uma entrega ao próprio destino e uma indiferença ao individualismo.

2. 2. O período medieval

“Ação do sofrimento moral e da opressão as funções psíquicas e físicas do homem (...) o apetite pode desaparecer por causa da dor, da angústia, da tristeza, das preocupações.

A emoção enfraquece os órgãos respiratórios.

Se este estado persiste, a pessoa ficará necessariamente doente,

se se prolonga, ela morrerá. (...)

A felicidade e o prazer provocam o efeito contrário,

e reforçam a moral e os movimentos do sangue e do espírito.

Desta forma o organismo poderá cumprir suas funções da melhor maneira possível.”

(Guia dos Perplexos, Maimônides, In: Volich, 2000, p.31).

A Idade Média caracterizou-se pela predominância do pensamento religioso segundo o qual o corpo era considerado sagrado e inviolável, impedindo a dissecação de cadáveres. Saúde e doença articulavam-se com virtude e pecado uma vez que o corpo e a alma humanos eram vistos como “*palcos privilegiados de batalha entre o Bem e o Mal, entre o sagrado e o demoníaco*” (Volich, 2000, p.27). Essa visão que considerava a doença obra do diabo marcou a medicina por dez séculos, estendendo-se até o século XVI.

No ocidente feudal dominado pelo cristianismo, encontramos a mesma dualidade na medicina descrita na antiguidade. A era medieval invocava os santos para prevenir das doenças, opondo-se ao cientificismo baseado na observação e razão. O racionalismo, o empirismo cético clássico grego precisou esconder-se durante séculos sendo sua tradição preservada em bibliotecas monásticas e pelos árabes.

Desta forma, a civilização islâmica preservou os conhecimentos clássicos hipocráticos entre os séculos VIII e XI, e os difundiram na península ibérica (711 d.C.) e daí para a Itália e França. Os árabes tiveram seu trabalho limitado pelo dogmatismo, que impedia a livre observação e pesquisa. Vale lembrar que na época, também para os islâmicos, a dissecação de cadáveres era proibitiva. Portanto, a anatomia era praticamente desconhecida dos médicos. Além de tentar fazer a medicina avançar do ponto de vista orgânico, os árabes tentavam correlacionar reações fisiológicas aos estados de humor e ao temperamento dos pacientes revelando uma concepção psicossomática do paciente e do adoecer.

Os árabes abrigavam os doentes em hospitais e foram os primeiros a ter uma enfermaria destinada aos doentes mentais. Segundo Foucault (2005), no mundo árabe, desde o século VII, foram fundados hospitais reservados ao atendimento dos loucos, nos quais se tratava a alma através de música, danças e narrativas. Na Espanha os primeiros hospitais para insanos aparecem no século XV sendo que até então, durante toda a Idade Média, os loucos eram integrados à paisagem humana, familiar e cotidiana.

Com relação à morte, no mundo medieval os mortos pertenciam à igreja e eram enterrados nos cemitérios que ficavam dentro dos terrenos da igreja, e não afastados dos centros urbanos como era costume na Antiguidade. Os cemitérios eram, até o século XII, usados para propósitos públicos, como dança e teatro. A partir de então, se passa a valorizar a existência individual e a morte que era comum, parte aceita do destino

natural coletivo, também dá lugar à consciência individual, a consciência da morte de si mesmo. Os costumes antigos foram sutilmente modificando-se. O moribundo ainda presidia o ritual de sua morte, e isso assim será até por volta de 1930. No entanto, os parentes deixam de ter uma atitude passiva diante do moribundo e o luto passa a ser ritualizado.

2. 3. A Renascença

Os séculos XV e XVI abrem novas rotas de comércio e, conseqüentemente, uma nova concepção de Homem e novos ideais como a liberdade de pensamento e espírito investigativo.

A medicina passa a ser menos teórica e mais experimental, os médicos começam a olhar seus pacientes de perto e registrar o que viam.

A partir do século XIV a dissecação de cadáveres foi retomada em Bolonha para fins didáticos, e Andreas Vesalius (1514-1564) escreve o primeiro tratado de anatomia humana (1543), de grande valor para o desenvolvimento da anatomia. Pare (1509-1599) foi um francês que aplicou os ensinamentos de Vesalius, transformando a cirurgia numa atividade respeitável. É dele a célebre afirmação: “*Eu o tratei, Deus o curou*”.

A visão de doença e do corpo, impregnada pela religião e pensamento filosófico até a Idade Média, passa a desvendar sua realidade material anatômica. A anatomia abre a expectativa de se encontrar na materialidade corpórea todos os enigmas da vida, do funcionamento orgânico, a dinâmica dos afetos, pensamento e vontade humanos.

“Essa perspectiva imaginária da pesquisa anatômica é parte do mito das origens da medicina (...) Carregada de tantas esperanças, ao mesmo tempo que avança, cada descoberta acaba também, inevitavelmente, acompanhada de um sentimento de frustração. Essa decepção determina o caráter melancólico do anatomista moderno(...) ‘a melancolia do anatomista se compreende como a experiência da desilusão: o corpo não esconde nada que não possa ser visto pela dissecação de cadáveres, pelo inventário dos órgãos e sua nomeação(...)’”
(Volich, 2000, p.37).

Nota-se a anatomia despertando e re-editando o mito de Asclépio que ousou ressuscitar os mortos, ousou descobrir o segredo da morte. Como anunciei no início desse capítulo, a re-edição do mito de origem vai, historicamente, se transformando e

ganhando novas faces. Adiante, no capítulo 7, retomaremos a questão mítica e analisaremos como ela se apresenta nos dias atuais.

Ainda na Renascença, estabeleceu-se uma filiação entre histeria e melancolia. Seus aspectos clínicos eram bem diferenciados, mas ambas eram filhas do diabo. Diferente da histérica, a bruxa não é melancólica, ela não foi possuída pelo diabo, mas fez um pacto por livre e espontânea vontade com o mesmo. O único tratamento seria então a fogueira. E aqui notamos ainda uma estreita relação das doenças, principalmente, as mentais, e a religião, revelando novamente a dualidade entre a corrente empírico-racional e a religiosa dentro da medicina.

Jean Wier (1515-1588) tentou trazer a histeria para o domínio dos médicos, tirando-as do domínio religioso, afirmando que essas mulheres ditas bruxas sofriam de afecções mentais, mas os critérios diagnósticos apoiavam-se mais sobre o bom senso e bons sentimentos dos médicos do que sobre um saber clínico.

Os doentes, em geral, eram tratados em casa, uma vez que não existiam hospitais tal como os conhecemos hoje, com exceção dos casos de lepra que eram isolados nos leprosários existentes na Europa desde a era medieval. Quando desaparecida a lepra no século XV, os leprosários passam a ser habitados por doentes venéreos e, no século XVII por doentes mentais. (Foucault, 2005, p.8). A loucura, que passa a ser no século XVII o “*novo espantalho*” dos “*medos seculares*” que suscitam reações de divisão, exclusão e purificação. Esse medo é representado, na Renascença, pelo quadro de Hieronymus Bosch (1450 -1516), chamado A nau dos loucos, que assombravam a imaginação social. É possível, segundo Foucault que as naus simbolizassem uma peregrinação, através da qual os insanos buscavam a razão e o milagre da cura. Mas fato é que algumas cidades, como Nuremberg, acolhiam os loucos que não eram tratados, mas alojados na prisão. A loucura herda da lepra, não apenas a sua morada, mas o medo a ela ligado no imaginário social. O medo da morte é substituído pelo medo da loucura e do vazio da existência.

O começo da Renascença é marcado pelo confronto entre o que Foucault chamou de consciência crítica da loucura – expressa pelos movimentos de reflexão moral que a consideram medíocre e mesquinha diante da sabedoria - e experiência trágica da loucura – expressa pelos rostos furiosos dos personagens da Nau dos loucos.

2. 4. A passagem da Renascença para o Iluminismo.

2.4.1. Da racionalidade...

Os alicerces do mundo moderno foram construídos no século XVII, sendo que dois métodos intelectuais são, pelo menos parcialmente, responsáveis por isso. Trata-se do método dedutivo, analítico e matemático (Descartes, Spinoza) e o método empírico e indutivo (Bacon, Locke), sendo que ambos preocupavam-se em duvidar do conhecimento existente e crêem que o mundo é governado por uma ordem racional suscetível de descoberta (De Marco, 2003).

Descartes (1596-1650) foi o maior representante dos racionalistas dedutivos, tendo dotado o homem de uma “*substância pensante*”, a alma que “*não interagia com o corpo. Separou, assim, completamente o corpo da mente, em uma enganadora dicotomia que ainda obceca o estudo do homem.*” (De Marco, 2003, p.34). Descartes ressaltou a importância da dúvida sistemática, imprimindo na ciência e também na medicina a visão racional do corpo e de suas funções, “*valorizando seu substrato material em detrimento da experiência subjetiva*” (Volich, 2000, p.38). Ao discutir a relação entre corpo e mente, no trabalho *Discurso sobre o Método*, ele propõe uma concepção dualista que concebe o corpo como uma máquina, autômata, e a alma como constituída por um princípio imaterial cuja essência é apenas pensar.

Segundo o próprio Descartes: “*(...) é necessário portanto para compreender a relação entre alma e corpo (de certa forma renunciar à lógica), pois é apenas utilizando a vida e as conversas ordinárias, abstendo-se de meditar e estudar as coisas que exercem a imaginação (o intelecto) que aprendemos a conceber a união entre corpo e espírito*” (Kamieniecki, 1994, p.20)

Descartes propõe, ainda no *Tratado das Paixões*, um modelo neurofisiológico segundo o qual uma glândula organizaria e censuraria as relações entre corpo e alma; segundo esse modelo a paixão seria a essência da experiência psicopatológica. Para Foucault (2005, p.226), mesmo antes de Descartes a paixão já era considerada a “*superfície de contato entre o corpo e a alma*”. Essa vinculação consolidou-se no século XVIII, quando as paixões passam a ser consideradas as doenças da alma.

Mantinha-se a ligação entre melancolia e hipocondria, sendo que as *paixões hipocondríacas* eram mais frequentes nos homens, atingindo a região abdominal, e equivalente às paixões histéricas nas mulheres, que atingia a matriz (Volich, 2002).

A medicina do século XVIII preconizava que os estados de tensão e relaxamento, rigidez e amolecimento, seriam estados qualitativos que pertencem tanto à alma quanto ao corpo e remetem a um estado de situação passional que *“impõem suas formas comuns ao encadeamento de idéias, ao curso dos sentimentos, ao estado das fibras, à circulação dos fluidos.”* (Foucault, 2005, p.227). A paixão não seria exatamente causa ou algo a meio caminho entre corpo e alma, mas num nível mais profundo ela indica *“um eterno relacionamento metafórico entre corpo e alma”* (Foucault, 2005, p.228). Uma forte emoção é, ao mesmo tempo, *“choque na alma e abalo na fibra nervosa”* (Foucault, 2005, p.229) o que pode provocar a loucura, pelo seu excesso. O abalo ou agitação das fibras do corpo numa convulsão, por exemplo, deixa a alma paralisada e nenhum pensamento é possível, a alma não consegue manter todas as suas representações e lembranças. Assim, na loucura, a totalidade alma-corpo se fragmenta. Gradualmente a paixão deixa de ser considerada essência da doença e passa a ser vista como condição humana, e passa-se a buscar para as doenças mentais uma etiologia mais concreta e mecânica, seguindo o movimento de racionalização que caracterizou a medicina a partir do século XVII.

Humores, ventos e vapores são cada vez mais substituídos por elementos sólidos, as fibras nervosas, que permitem explicar tanto as doenças orgânicas quanto as mentais. Foucault (2005) chama isto de positivação das doenças mentais. O desenvolvimento da fisiologia repudia as concepções metafísicas de alma e razão propostas por Descartes. Razão deixa de ser uma faculdade e passa a ser uma função.

A hipocondria afasta-se da melancolia e passa a ser classificada mais próxima da histeria, pois havia um crescente interesse de encontrar no real do organismo a causa dessas doenças cuja queixa somática era predominante, o que contribui para que se negligenciasse cada vez mais a natureza do sofrimento e das dinâmicas psíquicas a elas subjacentes.

Existia e ainda existe uma grande dificuldade em caracterizar e diferenciar hipocondria da histeria cujas descrições nunca alcançaram a coerência e coesão qualitativa das descrições da mania e melancolia.

Seguindo esse movimento de racionalização, a histeria libertou-se da sombra da bruxaria e voltou a ser objeto de estudo dos médicos. Os neurologistas apoiaram-se na teoria cerebral da histeria, segundo a qual os vapores (espíritos animais) escapariam do cérebro e desceriam para o corpo, através dos nervos, gerando assim as convulsões. De humores para vapores, de vapores aos nervos.

2.4.2. ...ao exílio.

Segundo Foucault (2005), o pensamento clássico, inspirado no cartesianismo, é a própria razão. “*Doravante, a loucura está exilada*” (Foucault, 2005, p.47) em hospitais junto aos pobres, aos desempregados, e aos correccionários.

A partir do século XVI, a consciência crítica da loucura ganha maior destaque, deixando a experiência trágica, não destruída, mas oculta da paisagem social. Até hoje, a retidão científica submeteu a loucura a uma análise que resultou opressora de sua faceta trágica, na medida em que a investe de razão, em que a razão “*descobre a loucura como uma de suas próprias figuras*” (Foucault, 2005, p.35). Nasce assim a experiência clássica da loucura, na qual o *embarque* na nau é substituído pelo *internamento* no hospital.

Em 1656 fundou-se em Paris o Hospital Geral, que acolhia os pobres. Os insanos eram considerados, como os pobres, indivíduos que perturbam a ordem do espaço social e deveriam, portanto, ser “organizados” dentro de certos limites arquitetônicos, o que possibilitava o saneamento das cidades. De tal forma que a internação não era uma decisão médica, mas policial. Tratava-se de organizações financiadas pelo rei, administradas pelo burguês e assistidas pelo religioso, ou seja, um antro de conflitos.

“*O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a idade Média a segregação dos leprosos...*” (Foucault, 2005, p.53) sendo que os leprosários tinham um sentido restritamente médico, e o internamento ganha significados político, religioso, econômico social e moral, referentes às estruturas sociais do mundo clássico. O confinamento organiza uma complexa unidade social sensível à miséria, aos deveres de assistência, ao desemprego, à ociosidade, à uma nova ética de trabalho, e da cidade.

Ainda na Renascença, a loucura era vista em plena luz do dia, e com a transição para a Era Clássica ela se viu confinada na “*fortaleza do internamento*” (Foucault, 2005, p.78). A loucura fica internada junto com as doenças venéreas durante 150 anos, o que confere à loucura um estranho parentesco com o pecado, uma ligação com a culpabilidade, que vem a ser a base de toda a teoria psicanalítica da loucura.

A relação e compreensão da morte também seguem esse movimento de racionalização na Era Moderna. Apesar da aparente continuidade dos rituais, a morte passa a ser desafiada e é retirada do mundo das coisas familiares. Mais especificamente nos séculos XVI a XVIII, essa retirada retorna sob a forma de erotização da morte. Nas relações familiares a morte se torna uma inaceitável separação. A morte gradualmente

assumiu uma nova forma, mais distante e ao mesmo tempo mais dramática do ponto de vista emocional. Parece ir seguindo o mesmo destino da loucura, perdendo sua forma trágica.

2. 5. O Iluminismo.

Rotula-se o século XVIII como Iluminismo, época na qual a tradição e a fé são substituídas pela razão. Descobertas dessa época, como os microrganismos de Pasteur, os germes descobertos por Koch, contribuíram para limitar o caminho da medicina a um reducionismo biológico, abortando da doença e do adoecer, os aspectos e o contexto psicossociais. Dessa forma a medicina seguia o método das ciências naturais (De Marco, 2003) ou, como diria Foucault (2005), “*a ordem dos botânicos*”.

O século XVIII traz à luz um novo elemento anatômico, a fibra nervosa que, herdeira da anatomia, “encarna” a esperança de elucidação dos enigmas do corpo. Foucault (2005) afirma que médicos e sábios colocarão as perturbações do corpo e da alma entre os males ou fenômenos da natureza. E a loucura, que lugar ocupa nesse “jardim das espécies”? Fato é que a loucura integrou-se, enquanto doença, nessas novas normas da teoria médica, mas: “*Apesar de tantos esforços repetidos, a loucura nunca entrou completamente na ordem racional das espécies. É porque outras forças reinavam em profundidade.*” (Foucault, 2005, p.207).

A histeria e a hipocondria passam, segundo Foucault (2005), a ser compreendidas, segundo duas linhas principais, uma que vai estudá-las enquanto doenças dos nervos, procurando sua etiologia no corpo, e outra enquanto doenças do espírito, ao lado da melancolia. Como a primeira linha não encontrava nos órgãos, útero e hipocôndrio respectivamente, alguma alteração ou disfunção, passou-se a acreditar então na origem nervosa das doenças.

A hipocondria, segundo Foucault (2005), era classificada entre as alucinações, especificamente alucinações sobre a saúde. Histeria e hipocondria foram por vezes definidas como duas variedades de uma única afecção, sendo que no final do século XVIII eram consideradas doenças mentais. Até o século XVIII a histeria seria uma afecção relacionada à matriz, e a hipocondria ao estômago e intestinos. Assim, a dimensão corporal impedia o reconhecimento dessas afecções enquanto mentais. Mas é no decorrer do século XVIII “*sem que tenha havido uma transformação teórica ou*

experimental na patologia, que o tema vai bruscamente alterar-se, mudar de sentido – que uma dinâmica do espaço corporal vai ser substituída por uma moral da sensibilidade. É então, e somente então, que as noções de histeria e hipocondria vão mudar de direção – e entrar definitivamente para o mundo da loucura.” (Foucault, 2005, p.285).

Do ponto de vista da terapêutica, havia uma fragmentação na medicina até essa época entre teoria e prática sendo que esta última ficava nas mãos de curandeiras, magos, charlatães, etc. A loucura era então ou tratada com internamentos, longe da vista dos médicos, ou por um empírico. A era clássica, entretanto, deu à noção de cura seu pleno sentido. Toda a doença deveria ser suprimida. A medicina é empírica.

A loucura não recebia tratamento psicológico porque a psicologia não existia, não existia a dissociação que hoje fazemos entre corpo e alma. Desde a inflexão cartesiana iniciou-se o processo de separação entre a mente e o corpo e nos séculos que se seguirão, quando a loucura for *“confiscada inteiramente numa instituição moral, não for mais que doença, então a distinção que acabamos de estabelecer assumirá outro sentido: o que era doença procederá do orgânico, e o que pertencia ao desatino, à transcendência de seu discurso, será nivelado no psicológico. E é exatamente aí que nasce a psicologia.”* (Foucault, 2005, p.337). Adiante exploraremos com mais profundidade o surgimento da psicologia.

2 .6. A transição para o século XIX

“O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só percebe à medida que lhe deu à luz: abrindo-se, abre a verdade de uma primeira abertura; flexão que marca, a partir do mundo da clareza clássica, a passagem do ‘Iluminismo’ para o século XIX.” (Foucault, 2006, p.X)

A anatomia abriu as portas para uma investigação detalhada do corpo, e gradualmente, a partir dos sintomas e sinais externos do corpo, deduzia-se o seu funcionamento interno. O estetoscópio inventado em 1819 distanciou o médico do corpo do doente, e assim o contato entre médico e paciente passou a ser cada vez mais

mediado por instrumentos de medida, que acabaram por afastá-los cada vez mais, criando uma distância na comunicação e uma desvalorização da fala e da escuta na relação terapêutica (Volich, 2000).

Com relação às doenças mentais, no começo do século XIX, Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840) fazem a reforma nos internamentos, reconhecendo a doença mental como doença e não mais, como possessão demoníaca ou crime, defendendo assim os direitos dos pacientes que deixam de ser acorrentados e encarcerados e passam a ser tratados. (Volich, 2000).

Quanto aos indigentes, colegas de internamento dos loucos, tornam-se “*coisa econômica*” (Foucault, 2005, p.404) no fim do século XVIII, sendo que a pobreza passa a ser vista como riqueza, enquanto mão de obra barata. De tal forma que é tirada do internamento e reintroduzida na comunidade. Apenas o pobre doente passa a receber assistência total. A loucura fica então isolada nos internamentos enquanto “*última ruína, último testemunho dessa prática*” (Foucault, 2005, p.414) do mundo clássico. A doença é isolada da pobreza e da miséria pela primeira vez.

No entanto, a reforma tentou libertar o louco, prendendo-o num local fechado, o asilo; libertam-no de seu parentesco com o crime; e deslocam as correntes para a alienação no querer do médico. “*O louco doravante está livre, e excluído da liberdade.*” (Foucault, 2005, p.508). A análise médica objetiva tratará não mais do erro e do não-ser, mas da liberdade e suas restrições, da espontaneidade e da responsabilidade. A loucura ganha uma analogia com a infância cronológica, psicológica, social e orgânica do homem, desvendando uma verdade elementar do homem, e uma verdade terminal na medida em que afasta o homem da civilização e de seu decorrente mal estar.

Em 1848, Charcot (1825-1883) começa a trabalhar no hospital parisiense da Salpêtrière sendo incumbido dos cuidados do setor de epiléticos e histéricas do hospital. Em 1870, monta o quadro clínico da “grande histeria”. Charcot submetia manifestações histéricas como, por exemplo, a anestesia, ao método anatomoclínico, para diferenciá-las de manifestações anestésicas orgânicas. Submetida ao método anatomoclínico, a histeria tornava-se uma doença como todas as outras, dentro da ciência, e é justamente por aí que a histeria vai escapar de qualquer explicação médica possível, uma vez que seus sintomas não respeitam a anatomia clínica. Mais uma vez a histeria impõe à medicina o impasse da relação entre corpo e alma (Trillat, 1986).

Para Charcot histeria e neurastenia são radicalmente diferentes, ainda que coabitem o mesmo indivíduo. Sintomas como cefaléia, impotência sexual, angústias,

temores, abulia, insônia, etc..., presentes na neurastenia, estariam ausentes na histeria, mesmo que um sujeito neurastênico possua estigmas histéricos.

No século XIX, abandonaram-se as tentativas de encontrar uma causa específica e localizada das doenças nervosas que passam então a ser explicadas em termos mais gerais de constituição e de temperamento, atribuindo às afecções uma etiologia hereditária, ambiental e constitucional. Considera-se a possibilidade de encontrar o lugar de tais manifestações na história do sujeito. O temperamento nervoso passa a ser a etiologia que pode ser herdada dos pais ou adquirida na infância. Pela falta de achados orgânicos, as doenças nervosas passam a ser consideradas puramente como doenças da alma.

“Dos humores à superstição, dos vapores aos nervos, dos órgãos ao espírito. Esse percurso pendular foi percorrido pela medicina através dos séculos na tentativa de compreender a saúde e o adoecer humanos (...) Como aponta Foucault, as diferentes perspectivas etiológicas da medicina são também reveladoras das transformações das representações do corpo humano e de seu funcionamento. A histeria e a hipocondria sempre foram manifestações que se prestaram de forma exemplar a essa função.” (Volich, 2002, p.51)

Os laços entre histeria e neurologia são definitivamente cortados, o que vai relegar a histeria ao campo da psicologia. Em 1885, Freud vai a Paris, para aprofundar seus estudos de neuroanatomia, área sobre a qual se dedicava até então. Entretanto, ao conhecer Charcot, na Salpêtrière, impressiona-se por seus trabalhos realizados na busca da compreensão da histeria, e passa a explorar as diferenças e semelhanças entre paralisias histéricas e orgânicas, constatando que os sintomas histéricos não respeitam a distribuição anatômica e a estrutura do sistema nervoso, o que elimina a hipótese de uma causa orgânica. A psicanálise encontra sua origem justamente nesse impasse teórico proposto por sintomas histéricos somáticos à medicina, uma vez que não se encontrava, para estes sintomas, um substrato orgânico.

Convencido de que a origem das paralisias histéricas não se devia a uma lesão anatômica, Freud inicia uma investigação do psiquismo que pudesse explicar tais alterações somáticas. Freud inicia sua jornada partindo do corpo neurológico, anatômico a caminho do corpo libidinal, erógeno. A hipocondria seria, na visão freudiana (1914), uma manifestação patológica do narcisismo, na qual o interesse do sujeito é retirado do mundo externo e investido num órgão supostamente enfermo. Normalmente, e numa certa medida, as pessoas prestam atenção em seu próprio corpo e nos sinais que ele

transmite, sem que isto signifique uma hipocondria, pelo contrário, significa apenas um cuidado com própria saúde. Porém, esta atitude narcisista não é de modo algum objetiva, uma vez que o corpo anatômico não corresponde necessariamente ao corpo psíquico, libidinal, o que pode gerar algumas distorções de percepção corporal.

Dessa forma, o século XIX termina deixando condições para se constatar a dimensão subjetiva e relacional presente nas manifestações orgânicas e o desenvolvimento de um tratamento que considerasse essa dimensão. O valor da palavra é resgatado, assim como o valor da relação com o profissional (Volich, 2000).

2. 7. O surgimento da psicologia, da medicina social, dos hospitais, a serviço da “economia política do corpo”.

O século XVIII, bem como sua transição para o século XIX, concentra transformações histórico-econômico-sociais cujo impacto nas noções de vida e morte, corpo e alma são demasiado importantes e visceralmente intensas. Por isso fazemos uma pausa para ampliar e aprofundar essa discussão.

2.7.1. O surgimento da psicologia.

Em primeiro lugar destacamos o aparecimento e desenvolvimento da psicologia que, inexistente até o século XVIII, acontece neste momento e contexto históricos bastante específicos. Segundo Figueiredo (1991), o sistema mercantil desenvolve a produção para a troca, sendo que cada indivíduo produz aquilo a que está mais capacitado. Para tanto, cada um deve ser capaz de identificar sua especialidade, aperfeiçoar-se nela, identificar-se com ela, o que promove uma experiência de subjetividade privatizada desconhecida até o século XVIII. Nesse sentido, até então, não existia um objeto de estudo da psicologia porque o homem não experimentava sua subjetividade privada na intensidade e manifestação do homem atual.

Essa experiência da subjetividade privatizada é, para Figueiredo (1991) essencial para que a psicologia científica surja. Mas é necessária também uma segunda condição: que essa experiência entre em crise, pois enquanto ela não é contestada não há porque se fazer ciência psicológica. O conflito entre os diversos interesses no mercado gerou a crise, lutas e guerras, e os trabalhadores foram se organizando em sindicatos para defender seus interesses. No século XIX cresce a administração pública, o estado, a

burocracia, assim como a produção em série, mecanizada e padronizada, e o consumo de massa. Os homens percebem que não são tão livres e diferentes quanto imaginavam, e nasce a segunda condição para o surgimento da psicologia científica. A necessidade de normatizar e disciplinar o homem a serviço da ordem social cria a demanda para uma psicologia aplicada. Há então um reconhecimento da existência da subjetividade – que a ciência insistia em deixar de lado, pois isso ameaça sua pretensão de objetividade – mas para a ciência progredir seria necessário controlar a subjetividade. Assim o homem deixa de ser apenas pesquisador para se tornar objeto da ciência.

A morte.

Uma vez que o corpo passa a ter um valor de mercado com o processo de industrialização, a visão sobre a morte muda em função dessa nova significação do corpo. Assim, a morte que era algo mais familiar, pelas doenças e fome que devastavam as populações, passa a ser encarada como um prejuízo econômico (Foucault, 1987).

Nesse contexto de guerras e lutas, o culto da morte passa a ser uma das formas de expressão de patriotismo (Ariès, 1974). Foucault lembra que os soldados custavam caro à nação pelo treinamento especial que recebiam no manejo do fuzil que surgiu nessa época.

O testamento escrito pelo moribundo era, até o século XVIII, fruto e expressão de profundas reflexões, da sua ligação com suas coisas e com as pessoas amadas, da fé religiosa, de decisões que a pessoa havia tomado para assegurar a salvação da sua alma, etc. Era escrito de forma muito pessoal e personalizada. A partir de então, passa a ser um documento, um ato legal de distribuição da fortuna, escrito em uma página apenas. Isso se deve, segundo Ariès (1974), a mudanças na estrutura familiar, cujas relações passam, a partir do século XVIII, a basear-se em afetos. Os familiares expressam e ritualizam o luto de forma mais exaltada e dramática, dentro de convenções sociais fixas, como o uso de roupas pretas, por exemplo.

O corpo.

Ao mesmo processo de industrialização, Foucault (1987) atribui mudanças na significação e utilização política e econômica do corpo. Por exemplo, as punições seguiram a “*economia política do corpo*”, sendo mais violentas no feudalismo quando a

produção era menos desenvolvida, mais amena com o desenvolvimento da economia de comércio sob a forma de trabalhos forçados, e no sistema industrial substituída pela correção, uma vez que o trabalho na indústria exige mão de obra livre.

Nas palavras de Foucault: “(...) *é numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição; o corpo só se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso.*” (Foucault, 1987, p.28).

Segundo o autor, a sujeição do corpo não se dá apenas através da violência e da ideologia, ela pode ser calculada, organizada sutilmente; pode haver um saber do corpo, que não é exatamente a ciência do seu funcionamento, e um controle das forças do corpo, que é mais que a capacidade de contê-las.

Esse controle e saber constituem o que Foucault chamou de “*tecnologia política do corpo*”, e não são claros ou localizáveis num tipo de instituição, ou num aparelho de estado. Trata-se de uma microfísica do poder inserida numa rede de relações sempre tensas, um poder que se exerce mais do que se possui. “*Não é o privilégio adquirido ou conservado pela classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados. Esse poder, por outro lado, não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição dos que não têm; ele os investe, passa por eles e através deles; apóia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apóiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança.*” (Foucault, 1987, p.29).

Como sugere Mezan ao interpretar o texto de Foucault, a suposta libertação conquistada com a superação do sistema feudal, lança o homem numa relação de forças que o objetivam e assujeitam através da disciplina, que determina a constituição dos indivíduos. O poder de disciplinar é “capilar” (Mezan, 2002, p.214), ou seja, onipresente nas relações sociais, e não atributo de um indivíduo ou de uma classe.

Mas não é apenas o corpo que se torna alvo da economia política. A alma passa a ser “*ela mesma uma peça no domínio exercido pelo poder sobre o corpo. A alma, efeito e instrumento de uma anatomia política; a alma, prisão do corpo*” (Foucault, 1987, p.31); é o elemento onde se articulam os efeitos de certo tipo de poder. Os psiquiatras, psicólogos e educadores criaram a “*tecnologia da alma*” que passou a ser um dos instrumentos do poder, que tenta tranquilizar, educar os corpos presos.

Neste sentido, penso que a divisão entre corpo e alma pode ser analisada como mais um instrumento dessa redistribuição do poder de fragmentar e controlar a sociedade.

A justiça abandonou, segundo Foucault, os suplícios que incidiam diretamente sobre os corpos dos criminosos, infringindo dor. Mas a justiça não o fez por humanização, o fez para descentralizar o poder de castigar da figura do monarca e o capilarizar nas unidades sociais, para que esse se faça mais eficiente, contínuo e atinja até o menor grão social. E o grão social foi dividido em corpo e alma, e para cada um deles, foram erigidos diferentes formas de saber e controle.

Vejamos como se dá a coerção dos corpos a partir do século XVIII. Na sociedade industrial, muitas coisas são novas, como a escala do controle mecânico e detalhado – movimentos, gestos, rapidez, atitude; a eficácia econômica dos movimentos e não seus elementos significativos ou sua linguagem. Foucault chama de disciplinas – anatomia política do detalhe - esses “*métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade*” (Foucault, 1987, p.126). Os processos disciplinares existiam há muito tempo nos conventos, exércitos e oficinas, mas a partir do século XVII tornaram-se fórmulas gerais de dominação. Diferente da escravidão, pois não toma posse do corpo; diferente da domesticidade que segue a vontade do patrão e não uma técnica; diferente da vassalagem que prima pelo resultado e não pelas operações realizadas pelo corpo.

Mas, qual é o método utilizado? Em primeiro lugar, a disciplina distribui os indivíduos num espaço cercado, enclausurado, em escolas, quartéis, indústrias ou hospitais. Mas a clausura não é indispensável, importa que cada indivíduo esteja em seu lugar e em cada lugar haja um indivíduo. Evitam-se assim agrupamentos, desvios, comunicações perigosas, descontrole, favorecendo a vigilância e o controle. O espaço é, portanto, sempre celular e individual.

Em segundo lugar, a disciplina estabelece controles sobre a atividade, através da fixação de horários, da elaboração temporal do ato, do ensino de gestos definidos de forma a garantir sua eficácia e rapidez, da definição de gestos com o objeto que manipula, e da utilização exaustiva, não se pode perder tempo. “*Um corpo disciplinado é a base de um gesto eficiente*” (Foucault, 1987, p.137) .

O exercício da disciplina supõe ainda a vigilância hierárquica através do olhar, da sanção normalizadora e corretiva (micropenalidades sobre o tempo no caso de

atrasos, sobre a atividade, a maneira de ser, os discursos, o corpo e a sexualidade) e do exame que nada mais é que um “controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir.”(Foucault, 1987, p.164). As visitas hospitalares realizadas por religiosos e administradores do hospital, passam a ser acompanhadas por médicos que fazem o exame dos pacientes. Começam a participar da rotina das visitas e, conseqüentemente, passam a fazer parte da hierarquia interna do hospital deixando os religiosos como subordinados, donde aparece a figura do enfermeiro. O hospital que era um lugar de assistência passa a ser um local de formação e aperfeiçoamento científico: “*viravolta das relações de poder e constituição de um saber*” (Foucault, 1987, p.166)

2.7.4. A medicina moderna.

*“Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito,
no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar;
o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los,
em manter entre eles o máximo de distância
para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro,
tome forma concreta, livre,
totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo,
sem espessura nem segredo,
em que o reconhecimento se abre por si mesmo
à ordem das essências.” (Foucault, 2006, p.8)*

Se de um lado apareceu e desenvolveu-se a psicologia, de outro, a medicina caminhou para a construção do modelo biomédico, sendo que entre os séculos XVIII e XIX aprofundou-se a cisão entre corpo e alma. Essa construção contou com o desenvolvimento histórico de dois fatores, segundo Foucault: a medicina social e o nascimento da clínica positivista a partir da análise anatomo-patológica dos cadáveres.

Segundo o autor (1979), o capitalismo emergente entre os séculos XVIII e XIX socializou o corpo enquanto instrumento de trabalho, força de produção. Neste contexto nasce a medicina social, coletiva e não individual como alguns supõem. Mais ainda, nasce enquanto estratégia bio-política a serviço do controle da sociedade sobre os indivíduos. Esse controle não se opera apenas através da consciência e ideologia, mas opera sobre o corpo: “*Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.*” (Foucault, 1979, p.80.).

A medicina social foi, a partir do século XIX, a medicina dos pobres, da força de trabalho, dos operários que haviam se tornado uma força política e um perigo social e sanitário. A Lei dos pobres na Inglaterra prestava assistência aos pobres e controlava sua saúde garantindo sossego aos ricos. Cria-se um sistema de controle médico autoritário da população que chegava a gerar revoltas de resistência popular anti-médicas, reivindicando o direito a cuidar do próprio corpo, de viver e morrer como quiserem, escapando da medicalização autoritária. Essa medicina é *“essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.”* (Foucault, 1979, p.97). Essa fórmula de medicina social disseminou-se ligando três coisas: assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e organização geral da saúde pública. Permite, portanto, a coexistência da medicina assistencial, administrativa e privada.

A socialização da medicina implicou em transformações na prática médica e na sua construção teórica. Promoveu na medicina o chamado modelo biomédico que exclui o psíquico e a visão integral do ser humano e do adoecer. O modelo hipocrático de anamnese foi reduzido à investigação da doença, do órgão, do tecido ou da célula enferma.

O paradigma cartesiano é constantemente evocado como centro dos dilemas científicos atuais, origem das cisões acima mencionadas. Suas concepções propõem uma separação radical entre fenômenos da natureza e fenômenos do espírito, o que propiciou a separação entre corpo e mente. Os estudos da natureza e do corpo foram imensamente facilitados ao separarem-se das questões psíquica, uma vez que assim, podem ser submetidos ao enquadre mecanicista e analítico, o que facilita muito o trabalho bio-político sobre o corpo, indo de encontro à necessidade da medicina social. O estudo dos estados psíquicos passa a ser realizado pelas ditas ciências humanas, que para muitos permanecem fora do campo científico.

Ao analisar o discurso da experiência médica, Foucault (2006) nota, na história da medicina, três tipos sucessivos de teoria e prática médica. A primeira, a medicina das espécies, que prevaleceu até 1770 e seguia a nosologia da botânica, classificando as doenças como espécies; a segunda, a medicina clínica, foi uma medicina dos sintomas; e no século XIX surge o terceiro paradigma médico, a medicina dos tecidos, a teoria anátomo-clínica. As doenças já não denotavam espécies e nem conjunto de sintomas, mas lesões em tecidos específicos. Portanto, a medicina recorta seu discurso e consequentemente seu olhar que passa a focar a doença, o tecido ou a célula, o que não

quer dizer que ela tenha dado conta, ou se dado conta de que o psíquico e emocional não deixaram, por isso, de existir e interferir na saúde das pessoas.

Sobre a base filosófica erigida por Descartes, a ciência se foca na matéria – a verdadeira realidade, deixando a alma aos cuidados da filosofia e da religião. Os métodos utilizados para acessar a realidade material passam a ser então os únicos reconhecidos como científicos.

A especialização da medicina, fruto do desenvolvimento do modelo bio-médico, é questionada por De Marco, que a considera, por um lado, fundamental para o crescimento e evolução de todos os campos de conhecimento. O problema surge quando a especialização se converte em especialismo, *“tentativa de reduzir e conformar os fenômenos à visão própria da especialidade, com perda de contato com o todo.”* (De Marco, 2003, p.39)

Neste contexto positivo da medicina, segundo Foucault (2005), desde o começo do século XIX o psiquiatra não sabe muito bem qual a natureza do poder que exerce sobre os doentes mentais, sua prática permanece misteriosa e obscurecida à medida em que o positivismo se impõe à medicina. O poder do psiquiatra parece milagroso e o doente cada vez mais se alienará nas mãos do médico, projetando nele poderes divinos e satânicos.

A condição histórica necessária para que a medicina adquira esse caráter positivista foi, segundo Foucault (2006), a abertura dos cadáveres da qual resultou o método anatomopatológico, estrutura em que se articulam espaço, linguagem e a morte.

“Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos (...). E de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte: dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular e dá à palavra de cada um o poder de ser indefinidamente ouvida; o indivíduo lhe deve um sentido que nele não se detém. A divisão que ela traça e a finitude, cuja marca ela impõe, ligam paradoxalmente a universalidade da linguagem à forma precária e insubstituível do indivíduo. O sensível, inesgotável à descrição, e que tantos séculos desejaram dissipar, encontra finalmente na morte a lei de seu discurso. Ela permite ver, em um espaço articulado pela linguagem, a profusão dos corpos e sua ordem simples. Pode-se compreender daí a importância da

medicina para a constituição das ciências do homem: importância que não é apenas metodológica, na medida em que ela diz respeito ao ser do homem como objeto de saber positivo.” (Foucault, 2006, p.217). A morte “*anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si*” (Foucault, 2006, p.218).

A morte assume uma faceta racional dada pelo discurso científico, mas a ausência dos deuses deixa um vazio que dificulta a simbolização da morte na sociedade atual.

2. 8. Os séculos XX e XXI.

O desenvolvimento tecnológico do século XX impõe ao ser humano uma revisão ou re-significação da relação com seu corpo, com a vida e com a morte. Os trens, depois automóveis e aviões “libertam o homem de sua geografia e de sua história” (Sant’Anna, 2001, p.14) conferindo à subjetividade humana uma nova marca. Por exemplo, a morte ingressa na produção técnica da economia moderna. O cortejo, antes realizado a pé, hoje se transformou numa fila de carros; os asilos, remédios e recurso médicos limitam a morte, criando a “*ciência da eternidade*” (Sant’Anna, 2001, p.27). Outrora, a alma, como prega a religião, ao libertar-se do peso do corpo tornava-se livre e móvel. Hoje, o ilimitado do corpo substitui esse esperado ilimitado da alma, que acaba reduzido em importância. “*A eternidade do corpo exige um Cristo que no lugar de ressucitar e subir aos céus possua um corpo imortal e permaneça na Terra*” (Sant’Anna, 2001, p.28)

Ocorre no século XX uma revolução brutal de idéias e sentimentos, e a morte tão familiar no passado passa a ser vergonhosa e proibida. Os familiares tendem a esconder do moribundo sua real condição o que, segundo Áries (1974) é uma forma de proteger não só o moribundo, mas os próprios parentes e a sociedade da insuportável emoção despertada pela morte. Numa sociedade que preza a felicidade, e apenas a felicidade, não há espaço para a dor, o sofrimento, e as perdas. Os rituais funestos não são muito diferentes na sua forma, mas foram esvaziados de seu impacto dramático. Entre 1930 e 1950 as pessoas passaram a morrer em hospitais, sozinhas.

O hospital, que antes era um abrigo para pobres e peregrinos torna-se um centro médico onde se trava a luta contra a morte. A pessoa não morre mais de “mortalidade”, morre porque o médico não foi bem sucedido nessa batalha. Morrer em casa tornou-se inconveniente e seu ritual desaparece, deixando espaço para um fenômeno técnico

dirigido pela equipe de profissionais. As emoções passam a ser evitadas nos hospitais e na sociedade, devendo ser vivenciadas secreta e privadamente. Os ritos passam a ser conduzidos por profissionais que tratam, o mais rápido possível, de tirar o cadáver das vistas dos parentes, para que esses sejam logo liberados e retornar a sua vida rotineira. As cerimônias devem ser discretas e evitar emoções e as expressões de luto são motivo de repugnância e não de compaixão. Expressões muito dramáticas são interpretadas como desequilíbrio mental, e não como uma reação natural. “*Solitary and shaming mourning is the only recourse, like a sort of masturbation*” (Ariés, 1974, p.90).

Citando Geoffrey Gorer, Ariés afirma que o tabu sexual vigente até o século XX foi deslocado para o tabu da morte. Hoje em dia, as crianças são precocemente informadas sobre a fisiologia do sexo, mas quando alguém morre, vira “uma estrelinha no céu”. Para Gorer, quanto mais sexualmente liberal a sociedade tornou-se, mais o tabu deslocou-se para a morte. E obviamente, inerente à interdição aparece a transgressão, expressa pela erotização, sadismo e violência. O consumo voyerístico da morte tornou-se uma forma de pornografia – uma catástrofe visual que é vista, mas não é sentida, é emocionalmente vazia. Quando a morte real chega a nossas vidas, procuramos profissionais que façam o trabalho duro por nós. Para Gorer essa fascinação voyerística com imagens da morte continuará até que tenhamos uma relação natural com a morte.

Para Ariés (1974) a causa da interdição do tabu da morte é a obrigação de felicidade vigente em nossa cultura. Assim, a morte deve ser apagada, não encontrando formas de expressão em nossa sociedade. As pessoas não se consideram mortais e a morte passa a ser uma decisão do médico e dos familiares. Passa a ser ilusoriamente controlável. No limite, a morte é algo da ordem do inominável e, portanto muito difícil de ser psicologicamente representado e elaborado. Entretanto, a restrição e apagamento dos rituais torna o processo de luto mais difícil de ser metabolizado.

Uma grave consequência dessa forma de lidar com a morte é, segundo Smith (2006), a objetivação e a reificação do corpo dos pacientes nos hospitais. O autor ilustra seu ponto de vista com um exemplo dramático ocorrido no hospital infantil Alder Hey, em Liverpool, onde órgãos de crianças que foram operadas e depois morreram foram ‘guardados’ pelo hospital sem a autorização dos pais, com fins de pesquisa e transplante. O fato é que esses órgãos foram simplesmente colecionados pelo hospital em uma espécie de depósito e nunca foram usados para dar continuidade à vida de outras crianças. Muitos pais tiveram que fazer outro funeral dos órgãos encontrados numa espécie de depósito. A descoberta dos órgãos desestabilizou o processo de luto

desses pais que precisaram realizar novos rituais para recobrar a estabilidade. Foi preciso uma nova ordenação. Os pais afirmaram que se os órgãos tivessem sido usados para transplantes isso teria um significado de que a vida continua.

O conceito de morte cerebral seria muito questionado há décadas atrás, uma vez que, se os pacientes ainda estão vivos, quentes, requerem cuidados, alimentação, por que seriam considerados mortos? Segundo Smith (2006), o conceito de morte cerebral surge após o desenvolvimento da possibilidade de transplantes e a partir daí cria-se toda uma legislação para definir o que é ou não é morte cerebral. Além disso, o marco da morte é historicamente sujeito a mudanças. Definir o marco da morte quando o coração pára de bater foi instituído no séc. XIX, antes a putrefação do corpo era o critério. Hoje se associa a morte à perda da personalidade, ou seja, quando o cérebro pára de funcionar. Nesses casos a morte médica tornou-se a morte social: a perda da identidade, através da morte cerebral, transforma o corpo num complexo mecânico, cujas partes podem ser objetivadas. O morto cerebral é mantido no respirador para oxigenar os órgãos a serem doados. Assim os órgãos estão vivos e mortos: para o doador os órgãos estão mortos, para o receptor, os órgãos estão vivos. Devido ao desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, *“o espaço entre a vida e a morte se dilatou, a ponto de criar uma situação por vezes constrangedora para os familiares e amigos do paciente, pois eles também passam a viver uma espécie de terceiro estado: nem estão totalmente de luto, nem podem comemorar verdadeiramente a volta do paciente à vida”* (Sant’Anna, 2001, p.30). A vida urge, enquanto a morte torna-se lenta.

È nesse contexto cultural e médico que encontramos o fenômeno econômico na saúde apresentado na introdução: o paciente somatizador. Trata-se de um tipo bastante peculiar de pacientes vem sendo descrito na literatura científica da área da saúde por utilizarem desproporcionalmente, em relação aos demais, os recursos médicos e hospitalares disponíveis, incluindo internações, consultas clínicas, exames laboratoriais e serviços de emergência. Trata-se dos pacientes descritos como somatizadores, por apresentar *“uma tendência de experimentar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles”* (Bombana, 2000). Outros nomes são atribuídos a esses pacientes, cujo diagnóstico é difícil de formular: *“Informalmente conhecida como 'piti' ou 'peripaque' nos meios médico e psicológico, tem como principais novos nomes nos referidos manuais: transtornos somatoformes, conversivos e dissociativos. Outros novos nomes para determinados sintomas anteriormente classificados como histéricos,*

que não constam nos manuais diagnósticos, são 'somatização' e mais recentemente 'sintomas médicos inexplicáveis'" (Avila, 2004).

Atualmente a psiquiatria classifica esses quadros como Transtornos Somatoformes e a clínica médica como Síndromes Sintomáticas Funcionais (Bombana, 2006), síndromes que incluem a fibromialgia, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, síndromes dolorosas, entre outras.

Segundo a antropóloga americana Luhrmann (2000), cinquenta por cento das consultas realizadas pela clínica médica se devem a queixas físicas sem uma base biológica curável. A autora faz a distinção entre a palavra inglesa 'illness' que se refere à experiência de sentir-se doente e a palavra 'disease' referente à doença orgânica propriamente dita.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 estamos lidando com Transtornos Somatoformes, cuja definição é: *"(...) apresentação repetida de sintomas físicos juntamente com solicitações persistentes de investigações médicas, apesar de repetidos achados negativos e de reassuramentos pelos médicos de que os sintomas não têm base física. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam a natureza e a extensão dos sintomas ou a angústia e a preocupação do paciente* (World Health Organization, 1993, p.158)

É difícil para os pacientes aceitarem o fato de que suas dores constituem-se também de um fator psíquico e emocional, acreditam em sua origem puramente física e que os médicos é que não conseguem detectá-las, o que acaba por dificultar a relação com o médico ou profissional de saúde mental. O Transtorno Somatoforme (Kaplan, 1991) é vinte vezes mais freqüente em mulheres, com idade média de 43 anos, em pessoas de baixa instrução, pobres e sem uma situação profissional estabelecida. Inicia-se geralmente na adolescência e tende a ocorrer dentro de famílias, atingindo dez a vinte por cento dos parentes de primeiro grau do paciente com Transtorno de Somatização. Os homens dessas famílias tendem a apresentar abuso de álcool, drogas e Transtorno Anti-social.

Dentro do diagnóstico Transtorno Somatoforme, proposto pelo CID-10 encontra-se uma subclassificação sob o nome de hipocondria. O diagnóstico de histeria ficaria, no CID-10, entre os transtornos de personalidade. Essa classificação é, na psiquiatria controversa, uma vez que o DSM-IV classifica os transtornos de somatização e histeria dentro do mesmo quadro diagnóstico, mantendo-se assim a confusão histórica entre as duas afecções. Assim, o diagnóstico de Transtorno

Somatoforme é bastante controverso, sendo que alguns autores sugerem até a sua extinção (Bombana, 2006).

Do ponto de vista da psicanálise encontramos duas vertentes, sendo que a primeira, proposta e liderada por Pierre Marty (1998) compreende que entre a somatização e a histeria de conversão existe um gradiente relativo à capacidade de simbolização, abstração. De forma que os pacientes somatizadores seriam classificados como *neuróticos mal mentalizados*, ou seja, tratar-se-ia de sujeitos limitados no ato de pensar, que recorrem a atos de comportamento para exprimir os afetos provocados pela vida uma vez que seu arcabouço psíquico funciona de forma concreta, sem possibilidade de simbolização ou metaforização da experiência. Apresentam, de forma geral, uma grande dificuldade para distinguir e nomear seus afetos, confundindo, por vezes, dores morais, decorrentes de experiências traumáticas ou sofridas, com dores físicas. São classificados, por Marty, como neuróticos de comportamento. Indivíduos que possuem à disposição uma grande quantidade de representações psíquicas, enriquecidas de afetos e símbolos, seriam os neuróticos clássicos, *bem mentalizados*, dentre os quais se enquadrariam a histeria de conversão. Entre os pacientes bem e mal mentalizados, surge um grupo numeroso de *neuróticos de mentalização incerta*.

Outros autores psicanalistas, dentre os quais escolho Dejours (1988) como representante, entendem que o paciente somatizador apresenta uma estrutura psíquica diferente da estrutura neurótica histérica. Na opinião de Dejours, Freud atendia casos clínicos que permitem reconhecer “doentes caracteropatas”. O autor faz uma crítica à nosologia proposta por Marty, que distingue neurose clássica da neurose de comportamento, sendo que a segunda implica no corte psíquico e a primeira refere-se a pacientes cujo funcionamento psíquico é considerado sólido, do ponto de vista representacional. Se, do ponto de vista de Marty, há um único termo – neurose – para tratar de coisas distintas, Dejours propõe diversificar a nomenclatura a fim de especificar as diferenças. Propõe o nome *caracterose* para definir uma estrutura diferente da neurótica, perversa ou psicótica. Na *caracterose*, a angústia não é nem representada psiquicamente através de idéias ou pensamentos e nem simbolizada; diferentemente do psicótico no qual a angústia é representada (por exemplo, através dos delírios que são constituídos por idéias e uma forma de pensamento), mas não simbolizada; e diferentemente ainda, do neurótico, no qual a angústia é representada e simbolizada. Define, ainda, um mecanismo de defesa contra a angústia despertada pelas

situações de vida, próprio dessa estrutura, a repressão dos afetos, que rapidamente são interpretados como sintomas físicos.

Quanto à etiologia, os autores psicanalistas (Marty, 1998; Dejours, 1988, McDougall, 1991) definem eventos de vida extremamente traumáticos. A partir da experiência de atendimento no PAES, observa-se que muitos dos pacientes somatizadores têm em sua história marcas traumáticas de extrema intensidade. Muitos deles foram vítimas de diferentes tipos de violência na infância ou, pelo menos, cresceram em contextos demasiadamente violentos, sofrendo inúmeras perdas.

Finalizando, alguns autores vêm problematizando a questão da subjetivação contemporânea na cultura atual. Por exemplo, Alonso (2007) questiona a subjetividade moderna construída a partir da lógica do consumo, na qual a *“falta de figura identificatória paterna”* se faz sentir *“em certas formas de patologias que se multiplicam na clínica”*, o que remete ao excesso de individualismo, causa de ruptura com os próprios pares, e da onipresença do narcisismo. Birman (2005) aponta para o mal estar na cultura contemporânea mostrando novas formas de subjetivação, que privilegiam - segundo a cultura do narcisismo proposto por Larsh (1983) e a sociedade do espetáculo proposta por Debord (1997) – o autocentramento e a exterioridade. Dessa forma, *“os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e auto-centrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade.”* (Birman, 2005, P.24). E Gorer (*apud* Ariès, 1974), que afirma que o tabu sexual vigente até o século XX foi deslocado para o tabu da morte.

Para ilustrar, lembramos aqui o filme japonês *A Partida*. Apresenta a história de um homem que trabalha numa agência funerária, cumprindo um ritual de vestir e maquiar os cadáveres, ritual anteriormente realizado pelos familiares do morto. O filme representa com muita beleza o tabu da morte na cultura atual e como a sociedade deixa os cuidados funerários do ente querido perdido nas mãos de profissionais. Não podemos tocar a morte, a morte e seus equivalentes simbólicos: perdas, lutos aposentadoria, desemprego, o paciente que abandona o processo analítico, o torpedo não respondido, o filho que não vai bem numa prova, um amor não correspondido, balada sem beijo. Não podemos tocar a morte numa cultura cujo ideal exigido é de felicidade permanente.

Donde concluo que, a somatização enquanto patologia decorrente das formas de subjetivação atuais, narcísicas, está para o tabu da morte assim como as neuroses,

edípicas, estavam para o tabu sexual na Viena do século XIX, no sentido da denúncia que esses pacientes realizam: se, por um lado, eles entregam seus corpos aos cuidados médicos, por outro denunciam que mesmo a extensa e tecnológica medicalização da sociedade não é capaz de suprimir certos *males*. Os pacientes somatizadores não esquecem e não deixam esquecer a morte.

Segundo Freitas (2006), vivemos a era de um ideal narcísico que desconsidera os limites do real e que, justamente por isso, aquilo que mais teme é a própria morte. Funcionar psiquicamente dentro de um registro narcísico equivale a ser herói onipotente num instante e ser um inválido impotente no outro. É a lei tudo ou nada. Em contraste a esse registro, há o registro edípico, no qual se pode, dentro de certos limites, humanos, sociais e tecnológicos, conseguirem aquilo que é possível.

Retomando o início desse capítulo no qual apresentamos o mito de Asclépio, foi vedado ao Deus da medicina ressuscitar os mortos. Os mitos antigos interditavam os deuses, de forma que nem esses podiam tudo. Os mitos atuais de beleza, juventude eterna, felicidade absoluta e eternidade do corpo – andam dizendo que será possível ao homem viver trezentos anos! – não prometem a ressurreição, mas o impedimento da morte.

Os pacientes somatizadores “compram” essa ilusão, partilham do ideal de imortalidade que, ao cair por terra, gera dores e angústias insuportáveis. Incapazes de perceber e suportar os limites do real, presos a essa armadilha imaginária narcísica, os pacientes entregam seus corpos num movimento de repetição funesto, que visa, do ponto de vista individual, reeditar a experiência traumática, moralmente dolorosa, mas apenas fisicamente percebida; e do ponto de vista relacional ou social, denunciar a armadilha.

De tal modo que a demanda social e cultural às organizações hospitalares incluem procedimentos rápidos, eficientes e que extirpem o mal estar do paciente sem delongas e sem reflexões a respeito da morte, da dor e do luto. Na contra-mão, os somatizadores, apesar de manifestamente demandarem o mesmo, apresentam sua ambigüidade e pedem para ser escutados e acompanhados na sua dor e fragilidade.

3. A universidade médica

Apresento nesse capítulo, em primeiro lugar, um panorama sobre a Educação Médica no Brasil, contexto no qual se insere o curso de graduação de medicina da Universidade Federal de São Paulo. Em seguida, descreverei a graduação de medicina da UNIFESP, apresentando dados, sobre o curso, obtidos através da observação de algumas aulas, sendo uma delas integralmente descrita por considerá-la emblemática da filosofia e da estrutura do curso de graduação, e a partir da qual pude realizar uma análise de se dá a adaptação psíquica e disciplinar dos alunos calouros, membros ingressantes da organização. Outros dados sobre o curso através da leitura e análise de documentos cujo conteúdo permitiu uma noção sobre a estrutura e filosofia da universidade. Encontrei um livro publicado pela reitoria da UNIFESP que fornece dados sobre sua história e origem, cujo discurso propicia uma análise inicial da organização. Acessei o site da universidade buscando avaliar como se estrutura o vestibular, os critérios de seleção dos candidatos ao curso; assim como o curso propriamente dito, seu currículo, a metodologia de ensino, o conteúdo e as formas de avaliação. Finalmente, relato uma experiência que vivenciei enquanto professora de Psicologia Médica.

Esta análise inicial da organização será, a partir dos dados fornecidos pelos membros da organização que serão apresentados no capítulo 6, completada e aprofundada no capítulo 7.

3. 1. A educação médica no Brasil: análise, conquistas e perspectivas

A UNIFESP-EPM insere-se num campo mais vasto de produção de conhecimento médico. No Brasil, muitos profissionais das escolas de medicina participam da chamada Educação Médica, ciência que busca analisar o ensino e aprendizagem médicos. Trata-se de uma ciência que deve abordar aspectos que envolvem o processo de ensino/aprendizagem, definindo claramente os objetivos educacionais, assim como conteúdos teóricos e práticos, a metodologia a ser utilizada, coerente com os objetivos e conteúdos, além da avaliação do curso, dos alunos e dos professores (Marcondes, 1988). Vejamos o que a Educação Médica brasileira vem avaliando sobre o processo de ensino-aprendizagem médico no Brasil, quais são as

principais tendências que orientam o campo, para em seguida analisar como a UNIFESP-EPM se insere no campo.

Para Krasilchik (1988), qualquer que seja a proposta curricular da escola médica, há que se definir uma tendência que norteará as decisões curriculares. Krasilchik apresenta quatro tendências mais comuns presentes nas propostas curriculares. A *racionalista-acadêmica*, predominante nas escolas médicas, entende que a função da escola é transmitir aos alunos o acervo cultural acumulado através de aulas expositivas, nas quais o professor expõe o saber e o aluno “*basicamente recebe informações já organizadas e categorizadas.*” (Krasilchik, 1988, p.6). A *sócio-reconstrucionista*, para a qual a escola tem um significado dentro de um contexto social mais amplo, sendo que a prioridade é dada às necessidades sociais, mais do que as necessidades dos alunos. A educação é um instrumento de transformação social, responsabilidade tanto de alunos quanto de professores. A *cognitivista* se preocupa basicamente com a atividade intelectual dos alunos, valorizando a capacidade de obter e usar informações, mais do que com seu conteúdo. As atividades são estudos de caso nos quais se avalia a capacidade de resolver problemas. E a *relevância pessoal* que entende que a educação deve levar ao desenvolvimento pessoal e à autonomia, sendo que o aluno pode ter a liberdade de seguir seus interesses e o professor é apenas um facilitador de aprendizagem, cuja avaliação é feita pelo próprio aluno. Escolhida a tendência, toda a proposta curricular deve seguir coerente a esta filosofia diretriz.

Trata-se realmente de uma filosofia, uma vez que a metodologia de ensino não é meramente um conjunto de métodos e técnicas, mas intencionalidade de ação, que comporta uma visão sobre o mundo, sobre a educação, sobre a missão da escola médica, sobre a saúde, sobre a doença. Portanto essa escolha não é neutra (Ribeiro, 1988).

Se o modelo de ensino predominante nas escolas médicas brasileiras é o racionalista-acadêmico, e se esse modelo expressa uma filosofia, uma visão de mundo, de homem e do processo saúde-doença, a questão que se impõem é: que visão é essa?

Masetto (1988) define *ensinar* por instruir, transmitir conhecimentos, orientar, dirigir, sendo o professor o agente responsável; e *aprender* por buscar informações, rever a própria experiência, descobrir significados, sendo o aluno o agente ativo no processo. Para Masetto (1988), a docência universitária das escolas médicas enfatiza o processo de ensino, sendo que a organização curricular continua estanque, fechada, composta por disciplinas cujos conteúdos são técnicos e profissionalizantes, sem abertura para outras áreas de conhecimento e interdisciplinaridade, além de pouco

incentivar a pesquisa científica na graduação. A metodologia centra-se na transmissão através da comunicação oral, em aulas expositivas dadas pelos professores, e avaliação por meio de provas tradicionais. O corpo docente é composto por mestres e doutores cuja competência como educador não é questionada.

Uma pesquisa realizada pela CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), em 1997, avaliou que os conteúdos ensinados aos alunos de medicina centram a compreensão do processo saúde-doença no indivíduo biológico. Enfatiza-se nos cursos a semiologia como instrumental de trabalho assegurando a reprodutividade da prática médica, que funciona, conforme “*a clínica moderna fundamentada no método positivista.*” (Batista, 1988, p.31).

Podemos afirmar então que se trata, certamente, de uma visão que restringe o indivíduo à sua dimensão biológica, relevando, ou até mesmo recusando, seus aspectos humanos. Através do ensino da semiologia, devidamente memorizada pelos alunos, realiza-se a “clínica da decifração”, expressão criada por Foucault (2006). Na clínica, o estudante realizará uma entrevista e levantamento dos sintomas para enquadrar a doença num quadro nosológico pré-estabelecido e dar um nome diagnóstico a ela. Trata-se de uma decifração mais do que de um exame. A clínica não é em si mesma uma experiência, mas uma reconfirmação do que já se sabe, uma demonstração mais do que uma descoberta. Impede a descoberta e o pensamento criativo. Neste modelo, tudo aquilo que é humano incomoda e atrapalha o processo de decifração.

A situação pedagógica, na sala de aula, repete esse modelo de relação médico-paciente. O professor, assim como o médico, é aquele que sabe, que conhece a chave da decifração e que irá ensinar-educar o aluno, de maneira análoga à que o médico ensina seu paciente. E o aluno deve seguir suas instruções, como o paciente segue suas prescrições. Modelo que transcende a simples assimetria reguladora presente na relação médico-paciente ou professor-aluno, transmutando-se em uma rígida hierarquia, através da qual o saber se transforma em poder.

Entretanto, observam-se nos escritos daqueles que estudam a Educação Médica, muitas críticas a hegemonia do modelo biomédico (Boulos, 1988) e para esse olhar médico que reifica e fragmenta o organismo, descontextualiza o paciente de sua realidade psicossocial, o que promove uma substituição do paciente concreto por uma espécie de “*representação universal da figura do paciente*” (Ribeiro, 1988, p.43), modelo e olhar responsáveis “*pela formação da imagem pública do médico como um profissional distante do seu paciente...*” (Troncon, 1988, p.99).

A escola médica contribui para essa imagem, uma vez que estimula o ensino profissionalizante normativo em detrimento de habilidades médicas que incluam o conhecimento sobre a natureza humana e o domínio de atitudes de valorização do homem, que resultaria na humanização da profissão. Os autores ressaltam que não basta diagnosticar e aplicar medidas curativas clínicas ou cirúrgicas, devendo considerar-se também aspectos psicológicos, profissionais, sociais, religiosos e hábitos de vida do paciente, *“humanizar, portanto, significa que o médico deve cuidar não propriamente da doença, mas do homem doente, fazendo com que o atendimento médico, compreendendo o dia gnóstico e o tratamento, seja individualizado.”* (Troncon, 1988, p.99).

A questão que se coloca é como passar dessa concepção de humanismo médico para a construção de um projeto pedagógico integrador. A começar pelo processo seletivo da universidade médica que prioriza o aluno que domine a Biologia, Física e Química. Assim como pelo perfil do professor do ensino médico brasileiro, caracterizado por Batista (1988), na maioria, como homem, entre 30 a 49 anos, graduado na escola onde leciona, médico, mestre ou doutor em medicina, mas não em educação, e não se dedica exclusivamente à universidade, ou seja, a docência é uma atividade complementar à profissão médica. Os professores foram avaliados com qualificação técnica e pedagógica insatisfatória, sendo mal remunerados, desmotivados e mantenedores da hegemônica concepção biologicista de abordagem do processo saúde-doença, em universidades que cada vez mais priorizam a pesquisa em detrimento do ensino na graduação. O professor não possui, via de regra, uma formação pedagógica e vai intuitivamente construindo uma didática própria calcada em modelos que conheceu e no bom senso, o que possivelmente ajuda a manter o modelo biomédico. Frequentemente os docentes desconhecem a estrutura curricular formal do curso e a relação entre as disciplinas, o que seria fundamental para uma atuação profissional consciente, reflexiva e integrada.

Além destas críticas intrínsecas ao modelo de educação médica, os autores chamam a atenção ainda para a revolução tecnológica, exterior ao modelo, mas que o questiona e talvez até, inviabilize.

Atualmente, segundo Masetto (1988), a universidade sofre o impacto de uma revolução tecnológica, que socializa as informações de tal forma que a função do professor de transmissor de informações, fica descartada. A preocupação volta-se para como usar a informação, como transformá-la em conhecimento, como formar

profissionais com uma visão globalizada dos problemas, com capacidade de análise crítica, criativos, com iniciativa de busca de informações. Nossas universidades não estão voltadas para esse tipo de formação de profissionais, propondo teorias, laboratórios, salas de aula, metodologia e avaliação convencionais.

A partir dessas críticas, em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, do Ministério de Educação e Cultura, delinearam o perfil profissional que se espera formar nas escolas médicas, qual seja: *“um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano”*. (Zanolli, 2004, p.41)

Para que os estudantes se tornem médicos com esse perfil, Zanolli sugere algumas mudanças na educação médica, na área clínica:

- De orientada por conteúdos para orientada para competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas;
- Da transmissão de informações que devem ser decoradas, para a construção de conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas;
- De professores capacitados somente em conteúdos para professores capacitados em educação médica;
- Do ensinar-aprender com observação passiva dos alunos, para aprender a aprender, com participação ativa dos estudantes, o centro se desloca do professor para o aluno;
- Da humilhação e intimidação dos estudantes pelos docentes para o respeito mútuo;
- De primeiro a teoria e depois a prática para um processo integrado de ação-reflexão-ação desde o princípio do curso;
- De uma atenção episódica, centrada na doença, para uma atenção contínua, centrada no cuidado das pessoas, estabelecendo um vínculo afetivo com elas;
- Uma abordagem biológica, psicológica e sociocultural;

- Do paciente como objeto de prática dos estudantes, para a participação consentida e informada do paciente no processo de ensino-aprendizagem, com respeito a sua privacidade e dignidade;
- Do uso de campos exclusivamente hospitalares para cenários de ensino-aprendizagem-assistência onde os estudantes sejam inseridos como membros ativos;
- De avaliação puramente somativa/punitiva no final das unidades para uma avaliação formativa, com constantes feedbacks.

Nota-se assim, uma clara tendência de mudança no campo, tendência que não se reflete, por enquanto, nas práticas concretas das universidades médicas. O que remete à questão de como implementar e gerir as mudanças desejadas, que resistências enfrentam, uma vez que o desejo é daqueles que pensam e estudam as práticas de educação médica, grande minoria se comparados aqueles que ensinam medicina, cujo perfil acima descrito não demonstra qualquer intenção de mudança. Que forças estão em jogo?

Feuerwerker (2004) sugere que para se pensar em mudanças político-pedagógicas há que se questionar como a instituição de ensino médico se vê no mundo, que papel cumpre, qual sua concepção sobre conhecimento, como deve ser ensinado, qual a organização da escola e o papel (e o poder) de cada um no seu interior, qual a concepção de saúde, e que médico que formar. Há que se pensar o currículo para além de uma sucessão de disciplinas que disputam carga horária, como uma forma de disputa de poder. A produção vertiginosa de conhecimentos também deve ser considerada uma vez que torna impossível a ênfase dada aos conteúdos a serem ensinados, sendo mais prioritário ao estudante aprender a aprender, do que receber toneladas de informações.

Acrescento, ao pensamento da autora, que essas relações de poder influenciam a própria prática da medicina, uma vez que os médicos formados nesse sistema de relações provavelmente repetem o modelo com seus pacientes, colocando-se, frente aos pacientes, num lugar de saber hierarquizado, e não apenas assimétrico.

As várias tentativas de mudança no campo, segundo a autora, esbarraram em obstáculos graças a uma concepção limitada do que seria a mudança; à inadequação dos cenários de prática aos objetivos pretendidos, à baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper com a lógica das disciplinas, falta de capacitação pedagógica do corpo docente e limitações graves de poder.

Penso que uma questão, relacionada a questões internas de poder dentro da universidade médica e que dificulta, quando deveria ajudar, as mudanças na escola médica é a heterogeneidade dos profissionais: há médicos e não-médicos, há os que se dedicam mais ao ensino, outros à assistência, outros à pesquisa, além de que há os concursados da universidade e os contratados do hospital. Essas diferenças implicam diferentes construções ideológicas dos sujeitos e diferentes posturas diante das mudanças. A própria expressão “não-médicos” revela uma questão do poder médico, uma vez que define os médicos pela sua identidade positiva, e os outros profissionais pelo negativo, por aquilo que não são. Podemos deduzir que se incluem nessa categoria de “não-médicos” diversos profissionais como enfermeiros, administradores, secretárias, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, etc. Mas o que os define na instituição é o fato de não serem médicos, e não praticarem, portanto, “a mais nobre das profissões”.

Os processos de mudança devem ainda abrir espaço para os agentes externos, serviços públicos e população, cuja influência nos arranjos de poder dentro da escola médica é bastante forte. Para não mencionar a importância da participação dos dirigentes acadêmicos e dos estudantes no cenário dos movimentos nacionais de política pública. Nesse sentido, a atuação dos alunos diretamente nos serviços de saúde possibilita que construam uma visão crítica do sistema público de saúde.

Esse breve quadro resume o pensamento daqueles que se dedicam a estudar a Educação Médica no Brasil, quadro no qual podemos incluir a UNIFESP-EPM, uma vez que, enquanto universidade médica renomada e participativa do campo ajuda a constituir tal composição. Vejamos a seguir como se estrutura o curso de graduação de medicina da UNIFESP-EPM, e que filosofia ela transmite a seus alunos.

3. 2. Aula de respeito ao cadáver: os sobreviventes

“- Mãe, eu tenho medo dos mortos.

- Filha, nós devemos temer os vivos e não os mortos”

Minha mãe e eu andando de mãos dadas
numa visita ao cemitério, no Dia de Finados.

Dentre as entrevistas por mim realizadas para confecção dessa tese chamou-me a atenção a fala de um residente de psiquiatria que, mencionando a “Aula de Respeito ao Cadáver”, ministrada pela Disciplina de Anatomia no início do curso de medicina,

relatou ter quase desistido do curso na ocasião. A partir dessa fala decidi ser importante assistir essa aula cujo nome pareceu um tanto litúrgico. Assim, no dia 23 de março de 2010, três semanas após o início das aulas do curso de graduação de medicina, com a devida permissão do professor responsável, assisti à aula junto com os alunos do primeiro ano.

Ao entrar no laboratório de anatomia fui arrebatada por um intenso cheiro de formol. O dia estava quente e cheguei a ficar tonta, a mesma tontura que os incensos utilizados nos rituais religiosos costumam causar em mim. Notei que a sala do laboratório era revestida de azulejos brancos, o que conferia um ar de limpeza, assepsia e frieza ao local. A sala era retangular, comprida, com mesas de aço inoxidável, também compridas, dispostas do lado direito e esquerdo, de forma a deixar a passagem central livre. O formato da sala e a disposição das mesas lembraram a nave de uma igreja, com os bancos dispostos à direita e esquerda da passagem central. Na parede frontal da sala, ao alto, notei um crucifixo simples de madeira e embaixo dele, mas num piso superior ao piso do resto da sala, uma mesa com um volume coberto por um plástico verde. Deduzi que seria o cadáver ali coberto, por sobre uma mesa de inox. Como uma mesa de altar. E em três cantos da sala, dispostos em estruturas que permitem que fiquem em pé, esqueletos humanos, que lembravam imagens de santos nos cantos da igreja.

Entrando na sala, por entre os alunos, escutei uma conversa: “*Vamos fazer um bolão, pessoal, de quantas pessoas vão passar mal nessa aula?*”; “*É, alguém vai desmaiar!*”; “*Não, não deve ser tão ruim assim*”; “*É, não será tão ruim, pelo menos vamos ter alguma coisa prática nesse semestre*”. Além de achar graça nos comentários, a única coisa que pude pensar é que esperava que não fosse eu a dar o vexame e desmaiar na frente daqueles que seriam meus alunos no próximo ano!

Os alunos vestiram seus jalecos brancos, sendo que os rapazes, na grande maioria, usavam um cabelo estilo moicano, pintado de vermelho, certamente fruto do trote. Jovens calouros em torno de seus dezoito anos de idade, compondo uma espécie de tribo com uma aparência muito própria e peculiar. Todos conversavam muito, tornando o ambiente de calor e odor densos, também barulhento. O clima era de excitação e confraternização. Até que entra na sala, pelo corredor central o professor titular da disciplina: um senhor no auge de seus noventa anos de idade, alto, cabelos brancos, vestindo um jaleco branco e gravata. Conforme ele adentrava a sala os alunos iam emudecendo, fileira por fileira, até que ele chegou à frente do altar e fez-se um silêncio solene.

O professor cumprimentou os alunos, apresentou-se como Professor Fulano de Tal, professor titular de Anatomia já aposentado e, brincando, completou: “*As pessoas perguntam por aí se o professor Fulano morreu, de tantas homenagens que me fazem*”. O silêncio denso e pesado que pairava sobre a sala dissipou-se em risos, e o clima tenso desfez-se. Iniciou seu discurso lembrando um professor já falecido, que fora seu mestre e maior anatomista da América do Sul. Um imortal. Lembra aos alunos a excelência da Escola Paulista de Medicina no que diz respeito à condição que oferece aos alunos para exercer, com proficiência, “*a mais nobre das profissões*”. Ressalta a importância da competência e do entusiasmo do aluno para evitar a desonestidade. Com um ar melancólico lembra as modificações que a anatomia sofreu, essa que já foi a base da medicina, hoje perde parte de seu status.

Ainda assim, é dever do professor propiciar ao aluno informações e educação médica, lembrando o compromisso do médico de atuação na sua comunidade. O ensino da anatomia se baseia num tripé: informação, caráter normativo, além dos aspectos ético, estético e moral. Aproximando-se do cadáver à sua frente, o professor continua dizendo que ético porque a dissecação da peça anatômica permite ver como é bonita a construção do corpo humano e, nesse momento, descobre parcialmente o cadáver, deixando à mostra seu rosto e membros inferiores, preservando seu tronco dos olhares morbidamente curiosos. O resto de tensão que ainda pairava no ar assumiu um instante de perplexidade, seguida de alívio, uma vez que ninguém desmaiou. Afinal, as fantasias terríficas sobre a morte, são piores do que a morte em si.

Seguindo seu discurso, o professor apela pelo respeito que se deve ter ao utilizar o cadáver e o respeito que se deve ter com o laboratório, pois o laboratório é um “*cemitério e um templo*”. Aponta para o fato de que o cadáver é “*despersonalizado*”, não sabemos quem foi, como viveu, o que sofreu, se teve missa de sétimo dia, e “*quanto mais indigente e desgraçado mais útil se torna para a sociedade, ele adquire aqui uma personalidade universal e todo estudante de medicina tem que se conscientizar da importância que esse indivíduo despersonalizado representa e é dever de todo professor de anatomia salientar esse aspecto moral da utilização do cadáver.*”

O professor encerra seu discurso colocando-se à disposição dos alunos, que devem procurá-lo em sua sala, “*ao lado do museu da escola*”. E a aula se encerra com uma nova onda de risos.

Essa atividade descrita permite-nos identificar alguns elementos da cultura organizacional da universidade. Cultura organizacional é utilizada aqui como a definida

por Schein, como o modelo dos pressupostos básicos, que determinado grupo tenha inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros da organização como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas (Freitas, 2008).

Em primeiro lugar podemos identificar essa aula como um rito de iniciação, pelo qual os jovens calouros passam ao entrar no curso de medicina da UNIFESP-EPM. O termo mais preciso para esse evento é cerimônia pelo seu caráter mais elaborado e solene. De qualquer forma, trata-se de um evento planejado, que cumpre com a função de comunicar como as pessoas devem se comportar na organização, sinalizando padrões de comportamento e decoro adequados, exemplificando como os procedimentos são executados, liberando ansiedades e tensões diante da angústia da morte, através de dramatização lúdica que fica registrada na memória com mais impacto do que informações transmitidas oralmente.

O professor Fulano de Tal transmite aos alunos, através de seu discurso, a missão da Escola Paulista de Medicina que é *“a excelência da Escola Paulista de Medicina no que diz respeito à condição que oferece aos alunos para exercer, com proficiência” a medicina, salientando seu “compromisso com a comunidade”*. E ressalta outros valores da organização – comportamentos, formas de pensar e agir considerados corretos pelo grupo de membros da universidade (Freitas, 2008) - como *“a importância da competência e do entusiasmo do aluno para evitar a desonestidade.”*, além da ética, estética e moral.

Valores são aqui compreendidos enquanto outro elemento da cultura organizacional, geralmente são conscientes, são aquilo que é importante para o sucesso da organização em termos concretos. Representam a filosofia da organização para atingir seus objetivos como “qualidade a um bom preço”, ou “sentimento de família”. São considerados guias para o comportamento organizacional no dia a dia, guia estabelecido pela cúpula da organização de maneira a ser facilmente assimilado pelos subordinados, orientando quais as questões prioritárias a serem resolvidas pela organização, que profissionais são mais reconhecidas e prestigiadas. São valores comuns a excelência e inovação, importância do consumidor, qualidade dos produtos e serviços, a um baixo preço, respeito e motivação dos funcionários, etc. (Freitas, 2008)

O discurso do professor, transmite ainda uma crença, a de que a medicina é “*a mais nobre das profissões.*” O termo crença é usado como sinônimo de pressuposto básico, outro elemento da cultura organizacional, que diz respeito à visão de mundo implicada na natureza das relações essenciais do homem (com o ambiente, o tempo, o espaço, outros homens, e o trabalho). Os pressupostos representam a camada mais invisível e tendem a ser considerados uma verdade, uma visão de mundo, um mapa cognitivo que não é questionado, e garantindo, portanto, uma sensação de estabilidade, reduzindo as angústias e ansiedades do grupo diante da incerteza. (Freitas, 2008) “A missão da medicina é salvar vidas”, esse é um pressuposto básico. Ou “é na escola que se aprende”. Introjamos essas verdades que ficam congeladas no tempo como se fossem naturais e não são mais questionadas, como se fossem absolutas e não relativas a uma época e contexto histórico.

O professor comenta a saga da medicina, mais especificamente da anatomia, elegendo um herói, aquele que foi “*seu mestre e maior anatomista da América do Sul*”. Herói já morto, porém imortal, uma vez que sempre será lembrado pelos conhecimentos e valores que se presentificam a cada ato médico realizado na universidade.

Assim, através desse ritual, o professor Fulano de Tal comunica aos alunos a maneira como devem se comportar na universidade, sinalizando padrões de decoro aceitáveis e adequados. Esses elementos permitem que a organização transmita a seus membros o que considera importante e válido. A linguagem é funcionalizada, as mensagens e comportamentos convenientes são aplaudidos e o conteúdo é naturalizado. E assim, a cultura cumpre uma de suas principais funções que é a de dar a sensação de estabilidade ao grupo, diante da incerteza da morte. (Freitas, 2008).

Através das brincadeiras que faz possibilita um contato lúdico, principalmente com a morte, o que ajuda a liberar ansiedades e tensões. Brincando com a própria mortalidade o professor ensina aos alunos, que mesmo ele, que foi aluno do “*maior anatomista da América do Sul*” morrerá um dia, mas ao morrer, tornar-se-á imortal. De tal forma que esse grupo que inicia os alunos na formação médica cumpre uma etapa inicial enquanto continente das angústias suscitadas pela profissão, propiciando que se crie uma espécie de irmandade, de sobreviventes a esse primeiro contato com a morte.

E nesse ponto, ressaltamos dois pontos de análise. O primeiro ponto remete ao mito de Asclépio, que ao ressuscitar os mortos despertou a ira de Hades e foi condenado à morte. Portanto, o mito de origem da medicina ao mesmo tempo em que revela o desejo de desafiar a morte, nos alerta que não devemos brincar com a morte, no sentido

de não desafiá-la, de aceitá-la como parte do ciclo vital. Para tanto, a civilização pode dispor de costumes e práticas que ajudam a lidar com a morte e com o luto através de significados culturais bem compreendidos que oferecem uma âncora estável em meio à turbulência da perda. Esses rituais e cerimoniais fúnebres proporcionam às pessoas que enfrentam uma perda, algo previsível e importante para fazer em um momento em que elas, de outro modo, poderiam sentir-se confusas e impotentes. O ritual acima descrito ilustra muito bem isso: como a ansiedade dos alunos, a angústia diante da morte, expressa nas apostas de um excessivo mal-estar diante da morte e do cadáver, dissipou-se através da liturgia programada e lúdica.

O segundo ponto a ser destacado é que apesar de humano e definitivamente mortal, o professor, a exemplo de seu mestre (o maior anatomista da América do Sul), entrará, um dia, para o acervo do museu, situado ao lado de sua sala. A tradição exercida pelos membros mais velhos de uma comunidade e a assimilação, a internalização por parte dos mais jovens, através dos processos de identificação, garante a imortalidade simbólica.

Dessa forma, através desse rito e de outros ritos programados para os calouros da universidade, os alunos começam a constituir uma identidade, uma subjetividade enquanto médicos.

3. 3. A construção da subjetividade e da identidade médica.

Ao nascer dentro de determinado grupo social, a criança construirá sua personalidade, na medida em que se identifica com aspectos ou características dos pais, amigos, professores, da religião, dos valores éticos e morais, etc. oferecidos pela cultura. Utilizo o conceito de “identificação” tal como proposto por Freud enquanto *“processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações.”* (Laplanche, 1967, p. 226).

No texto, *Psicologia de grupo e análise do ego*, Freud (1921) aponta para a dificuldade em se estabelecer uma diferença nítida entre psicologia individual e de grupo. A psicologia individual estuda o homem individualmente analisando sua constituição psíquica. Entretanto, raras vezes a psicologia individual pode desprezar as

relações desse indivíduo com os outros. *“Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras é, ao mesmo tempo, também psicologia social.”* (Freud, 1921, p.91) As relações dos indivíduos com os pais, irmãos, chefes, amigos constituem o principal tema de estudo da psicanálise e podem ser consideradas fenômenos sociais, em contraste aos processos narcisistas, nos quais a satisfação libidinal independe da influência de outras pessoas.

É a partir dessas relações e decorrentes identificações que a criança constituirá sua subjetividade. Mezan define subjetividade como “experiência de si” e como “uma série de determinações” (Mezan, 2002, p.258). Defini-la como uma série de determinações, significa que focalizaremos os fatores que combinados compõem uma organização subjetiva única, um molde para experiências individuais. Tais fatores são extra-individuais, ou seja, *“a subjetividade é resultado de processos que começam antes dela e vão além dela, processos que podem ser biológicos, psíquicos, sociais, culturais, etc. Por isso, pode-se concebê-la como condensação ou sedimentação, num dado indivíduo, de determinações que se situam aquém ou além da experiência de si, e que de algum modo a conformam, ou pelo menos lhe designam certos limites e condições.”* (Mezan, 2002, p.259)

Portanto a subjetividade como estrutura e como experiência de si depende do lugar social que o indivíduo ocupa. A realidade psíquica não existe num vazio, ela se apóia num corpo biológico, e se constitui numa cultura, numa sociedade que lhe transmitirá crenças e valores próprios à sua civilização. Ao psicanalista cabe então estudar *“como se constitui a subjetividade a partir das condições gerais.”* (Mezan, 2002, p.267) Assim como a língua, as regras de parentesco, os valores, a subjetividade é instituída socialmente, é uma criação da sociedade. Para sobreviver toda sociedade precisa aculturar, ou seja, transformar os bebês que nascem em membros daquele grupo, aptos a funcionar segundo as suas regras, aptos a transgredi-las, e ainda aptos a transmitir aos descendentes aquilo que aprendeu.

É através das identificações que o sujeito se organiza em conformidade com os modelos que sua sociedade lhe oferece, que internaliza o que é ser homem ou mulher, operário ou intelectual, etc., ou seja, *“padrões socialmente aceitos e valorizados no plano dos costumes, das crenças, dos valores, das leis, do autocontrole. A sociedade os produz por seu próprio movimento, e esses padrões estão encarnados em pessoas ou*

instituições concretas que devem servir de ideal a um jovem membro. Podemos chamar a esse processo, de modo amplo, de educação (...)” (Mezan, 2002, p.268). O sujeito precisa investir de sentido psíquico aquilo que o ambiente lhe oferece, e numa sociedade mais complexa terá que fazer escolhas dos modelos propostos, segundo suas disposições, suas inclinações.

Cabe aqui uma distinção entre subjetividade e identidade: a identidade seria o lado mais objetivo da construção pessoal que permite uma caracterização da pessoa com relação a seu nome, idade, sexo, profissão. Pode-se falar em identidade de um grupo profissional, no nosso caso a identidade médica que se diferencia da identidade do psicólogo ou do enfermeiro. A subjetividade seria uma vivência intra-psíquica, ou seja, como o sujeito experencia as situações subjetivamente de acordo com a organização construída ao longo de sua vida. Assim, o sujeito constrói uma identidade médica de acordo com os elementos que o ambiente acadêmico e profissional médico oferece, mas vivencia a experiência de ser médico de maneira subjetiva e singular.

Ocorre que esse processo que começa na infância e, certamente, é muito mais intenso nessa fase do ciclo vital, não se interrompe ou encerra ao longo da vida do sujeito. Por exemplo, a adolescência envolve, por um lado, a elaboração de perdas importantes e significativas como o estatuto de criança, o corpo infantil, os pais da infância. E por outro, o “garimpo” das identificações internalizadas até então: “meu pai é assim, isso até é legal, mas eu quero isso para mim?”, ou “minha mãe pensa assado, eu concordo com essa parte do pensamento dela, mas com essa outra não”. O adolescente escolhe o que quer herdar e se recompõe internamente, superando essa fase extremamente confusa da identidade. Além da revisão das identificações constituídas durante a infância, o adolescente realizará a integração de novas identificações com pessoas externas ao seu meio familiar, que venha a conhecer. Na adolescência, a identidade forma-se pela resolução de três questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores nos quais acreditar e segundo os quais viverá e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória (Erikson, 1998).

Passada a turbulência da adolescência, chega a idade adulta, fase aparentemente tranqüila da vida. Trata-se, no entanto, de uma época de profundas mudanças e redefinições nos relacionamentos pessoais nos quais as pessoas estabelecem ou consolidam vínculos baseados na amizade, no amor, na sexualidade e no trabalho. O grupo ao qual o adolescente pertencia, constituído por seus amigos, pelos amigos dos amigos e pelos amigos dos amigos dos amigos, torna-se mais restrito a partir de um

processo de escolha mais refinado, pautado em afinidades de valores, filosofia de vida, etc. O “ficar” adolescente, que basicamente inclui beijos e carinhos sem compromisso de fidelidade e continuidade, é substituído pelo namorar constituído pela construção de uma intimidade emocional e sexual. E a vida escolar, protegida por um ambiente familiar, de amigos de infância e professores conhecidos, é substituída pelo mercado de trabalho ou, para os jovens mais afortunados, pela universidade, ambientes já mais competitivos e exigentes de uma postura adulta e profissional. Ou seja, toda a revolução interna e imaginária do adolescente precisa agora ser colocada em prática. E é nessa fase que os alunos da UNIFESP-EPM se encontram, salvo algumas raras exceções de pessoas que decidem cursar a universidade em idade mais avançada.

Consolidar a escolha profissional realizada na adolescência, encontrar um emprego, ganhar dinheiro, realizar-se profissionalmente, construir uma identidade profissional e cumprir com uma função social para a qual vem sendo preparado desde a infância. Tarefas nada fáceis que o adulto jovem deve cumprir, escolhas que suscitam muitas dúvidas (Papalia, 2006). Vou prestar medicina porque gosto, ou porque é isso que meus pais esperam de mim? Será que vou gostar dessa profissão? Serei bem sucedido? Vou passar o resto da vida só fazendo isso? Vou conseguir sobreviver às aulas de Anatomia? E às de Psicologia Médica?

Mesmo na fase adulta mais tardia, ou na terceira idade, salvo os casos de “morte psíquica” nos quais o indivíduo já não interage mais com seu meio, enclausurando-se em si mesmo, e engessando sua personalidade, os sujeitos podem, ao longo da vida, manter-se em movimento psíquico no sentido de aprender com a experiência e permitir-se identificar-se com novos modelos, transformando seu modo de pensar e agir. Isso vale para aqueles que decidiram cursar a universidade nessas fases da vida ou para os professores médicos da universidade que continuam a construção e reformulação de sua identidade enquanto tais.

Dessa maneira, os jovens calouros entram na universidade buscando consolidar uma escolha profissional previamente definida, ou pelo menos parcial e provisoriamente definida. Cada qual com uma história de vida singular, com uma personalidade também singularmente constituída em seu seio familiar e social, com valores religiosos, morais, éticos. Ou seja, o sujeito que ingressa na universidade, chega com uma bagagem que simboliza sua história singular e sua subjetividade. Sua personalidade, ainda em constituição já dispõe de elementos identificatórios internalizados ao longo de sua existência.

Assim como o aluno carrega uma bagagem própria e singular, a universidade na qual ingressa - no caso a UNIFESP, que existe desde 1933 e, portanto, desde antes de seu nascimento - também carrega uma história, valores, supostos básicos, crenças, e funcionamento próprios. De tal forma que, ao entrar na instituição, o aluno necessariamente sofre uma dinâmica de adaptação. Nas palavras de Dejours e compreendendo trabalho como estudo, no nosso caso: *“Dinâmico significa que a investigação toma como centro de gravidade os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito portador de uma história singular, preexistente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito. Isto implica que em psicopatologia do trabalho partimos de uma subjetividade já constituída, que vai, em um tempo geneticamente ulterior, ser exposta à realidade do trabalho. Isto significa que o sujeito corre o risco de não ser o mesmo que antes do início do conflito e que a realidade do trabalho também corre o risco de ser transformada através do efeito de uma suplementação de subjetividade.”* (Dejours, 1993, p.120).

Proponho duas vias de análise para esse processo de adaptação à instituição de ensino: a via psíquica e a via disciplinar.

3. 4. A adaptação psíquica à instituição.

Conforme “dissecado” anteriormente, a vida em grupo é essencial para a estruturação da psique, para o processo de identificação e construção de uma identidade ao mesmo tempo singular e coletiva. Rouchy (2005) propõe dividir os grupos em grupos de pertencimento ou natural, que normalmente é grupo familiar, e o grupo de pertencimento secundário, que seriam grupos constituídos em torno dos quais os indivíduos se reuniram. Eles pressupõem que a individuação de seus membros seja suficientemente constituída e avançada – no grupo familiar – para que existam relações de indivíduo para indivíduo. Existe nos grupos uma dinâmica permanente entre processos primários e secundários que possibilitam deslocamentos e reproduções nos grupos secundários, de mecanismos pertencentes aos grupos primários. O processo de individuação se elabora no grupo de pertencimento primário. Ela nunca é acabada. Trata-se de um processo grupal que depende da continência do grupo; da possibilidade que o grupo oferece para que se realizem trocas mediadas pela palavra propiciando

assim a mentalização de sensações e sentimentos; e da oferta de imagens identificatórias enriquecedoras para a estruturação do eu, sendo que qualquer carência pode comprometer o processo de individuação da criança.

A experiência do grupo primário desloca-se para o grupo de pertencimento secundário e esse deslocamento é indispensável para o equilíbrio psíquico. É bastante comum encontrarmos pessoas cuja identidade profissional recobre a ausências de construção do sujeito numa identidade pessoal, por exemplo, nas aposentadorias, mudanças do quadro institucional ou situações de desemprego nas quais a pessoa fica psicologicamente desestruturada. Para tais pessoas pertencer a um grupo secundário é essencial para seu equilíbrio psíquico, pois não são suficientemente individuados e constituídos como sujeitos para “*serem o seu próprio continente*” (Rouchy, 2005, p.38). No outro extremo de um *continuum*, há pessoas que são estruturadas o suficiente para dar conta da própria angústia e afirmar sua identidade sem depender do grupo secundário. São pessoas integradas em grupos, mas capazes de promover e sustentar a conflitualidade existente em qualquer mudança institucional uma vez que “*não precisam agarrar-se às estruturas existentes como pára-excitação protegendo a integridade do eu*” (Rouchy, 2005, p.39).

Os alunos que iniciam o curso de medicina provêm de grupos familiares que propiciaram o desenvolvimento de identidades bem ou mal constituídas, no que se refere à individuação, e toda essa bagagem de vida é deslocada para a universidade, aqui compreendida como grupo secundário. Os novos membros podem ser pouco individuados em seu grupo primário (família), e reproduzir esse roteiro no novo grupo que para corresponder deve ser um grupo bastante isomórfico.

Isomorfia é um conceito elaborado por René Kaës (1997) que identifica nos grupos duas polaridades, a homomórfica e a isomórfica. O pólo isomórfico pode ser observado no grupo quando seus membros tentam reduzir as tensões decorrentes das diferenças entre eles a partir justamente do apagamento dos limites, das separações, das diferenciações. A polaridade homomórfica é o pólo da diferenciação dos processos, das significações, dos papéis, dos lugares e das tarefas, aquele que propicia, através da mediação da palavra, a mentalização de sentimentos e a criatividade. “*Ele estrutura o grupo e as relações de grupo na referência à lei diferenciadora da ordem simbólica.*” (Kaës, 1997, p. 212). As duas polaridades não constituem etapas genéticas numa linha evolutiva, mas são antagônicas e complementares em oposição dialética, fonte de incessante tensão no grupo. Assim, o sujeito pouco individuado no grupo familiar,

encontrará mais conforto psíquico num grupo secundário cujo funcionamento se aproxime mais do pólo isomórfico. Ou seja, um grupo que não requisitará que ele se posicione como sujeito individuado e diferenciado, com capacidade própria de pensar e metabolizar as experiências, mas que ele se enquadre como mais um no grupo, assumindo papéis e funções já determinados e estabelecidos, que independem de suas particularidades e não exigem diferenciações enquanto sujeito.

Ou pode ser que os novos membros venham com uma bagagem de outra organização, transportando valores, modos de pensar, ideologia, teorias e procuram fazer com que isso seja reconhecido e legitimado na nova organização. Nos dois casos pode haver um conflito, que tende a ser evitado na seleção dos candidatos. É possível que os novos membros assumam o lugar e posição dos antigos, alienadamente, e mantenham o equilíbrio do grupo, reproduzindo clivagens e alianças da equipe (Rouchy, 2005, p.33).

Retomemos a Aula de Respeito ao Cadáver, enquanto fenômeno de grupo, para analisar como a instituição auxilia na elaboração das questões psíquicas mobilizadas no aluno de medicina ao iniciar o curso.

Iniciaremos essa análise, usando como referência Elliot Jacques (1955), autor que inaugura a tentativa de empregar a psicanálise na análise das organizações, ao observar que muitos fenômenos sociais mostram uma correspondência estreita com processos psicóticos nos indivíduos. A hipótese do autor é de que *um* dos elementos de coesão, que reúne indivíduos em associações humanas institucionalizadas é a defesa contra a ansiedade psicótica. Nesse sentido pode-se considerar que os indivíduos externalizam impulsos e objetos internos que de outra maneira poderiam dar lugar à ansiedade psicótica e os mancomunam na vida das instituições sociais às quais se associam. Isso não quer dizer que as instituições assim usadas são psicóticas, mas implica em esperar encontrar nas relações grupais manifestações de irrealidade, dissociação, hostilidade, desconfiança e outras formas de comportamento desadaptado.

Muitos problemas sociais que freqüentemente são atribuídos à ignorância humana, estupidez, egoísmo ou busca pelo poder podem ser compreendidos como receptores de tentativas inconscientes dos indivíduos se defenderem da melhor forma possível nesse momento contra a experiência de ansiedades cujas fontes não podem ser conscientemente controladas. E a refratariedade à mudança pode ser compreendida como resistência de grupos ou pessoas inconscientemente aferradas às instituições, uma

vez que mudanças podem ameaçar perturbar as defesas sociais existentes contra a ansiedade psicótica.

Jacques segue afirmando que instituições sociais são estruturas sociais com mecanismos culturais que governam as relações em seu centro. As estruturas sociais são sistemas de papéis ou posições que podem ser assumidos ou ocupados por pessoas. Os mecanismos culturais são convenções, costumes, tabus, regras, etc., que se utilizam na regulação das relações entre os membros de uma sociedade. Para os propósitos de uma análise, as instituições podem ser definidas independentemente dos indivíduos particulares que ocupam papéis e manejam a cultura. Entretanto, o trabalho real das instituições se dá através de pessoas reais que empregam mecanismos culturais dentro de uma estrutura social e as funções implícitas inconscientes de uma instituição são determinadas especificamente por indivíduos particulares associados à instituição, que ocupam papéis dentro de uma estrutura e manejam a cultura. Podem-se produzir mudanças nas funções inconscientes de uma instituição através da mudança de pessoas, sem que necessariamente haja nenhuma mudança aparente nas funções ou na estrutura manifesta. Reciprocamente, a imposição de uma mudança na estrutura manifesta ou na cultura, com o objetivo de resolver um problema, podem não resolvê-lo, caso as relações inconscientes sigam sendo as mesmas.

Voltando à aula inaugural da Disciplina de Anatomia, que ansiedades estavam em jogo? Como se organizou o sistema social da universidade para lidar e ajudar seus alunos a lidar com essas ansiedades?

Podemos afirmar que a principal ansiedade despertada nos alunos era fruto da angústia diante da morte e do cadáver. Isso se expressou verbalmente nas suas apostas de quem desmaiaria primeiro durante a cerimônia, e não verbalmente no clima tenso e barulhento criado antes da entrada do professor, o mestre de cerimônia. A fantasia expressa na aposta era a de que alguém desmaiaria, perderia os sentidos, a consciência. Diante de um morto, um dos primeiros, talvez o primeiro pensamento que nos ocorre é “poderia ser comigo” e “certamente, um dia serei eu”. No pensamento dos alunos isso aparece na forma de um possível desmaio, e podemos entender esse desmaiar como morrer por alguns instantes, desligar-se, colocando-se no lugar do morto. Assim, a morte de outra pessoa nos remete imediatamente à nossa própria mortalidade o que elicia uma ansiedade brutal. Mais especificamente, a ansiedade mobilizada é a ansiedade hipocondríaca, quer dizer, uma preocupação e temor relacionados à própria saúde física. É muito comum, após o falecimento de algum parente, as pessoas ficarem

bastante atentas à própria saúde, aos sinais que seu corpo expressa principalmente àqueles que remetem à doença ou causa da morte do ente querido. De tal forma que o sobrevivente fica, durante algum tempo, após o falecimento de seu parente, perseguido pelo próprio corpo e pela própria vida. A ansiedade hipocondríaca pode ser considerada então, como uma ansiedade paranóide, de cunho persecutório.

Obviamente, ao promover o contato dos alunos com cadáveres humanos, o curso de anatomia da universidade desperta tais ansiedades hipocondríacas. Mas disponibiliza aos alunos esse interessante ritual, que pelo menos num primeiro momento, ajudou-os a dissipar suas ansiedade e felizmente ninguém desmaiou. Dissequemos como isso foi feito, lembrando que outro pensamento que ocorre ao sobrevivente, ao ver a pessoa morta, é “ainda bem que não fui eu”, pelo menos não por hora.

Em primeiro lugar, o professor que ocupava o lugar de líder naquele grupo, uma vez que coordenava a cerimônia e era, dentre os membros daquele grupo o que possuía maior titulação (segundo a hierarquia estabelecida nessa universidade), brincou com a própria mortalidade. Além disso, como já mencionado anteriormente, fez um apelo para a tradição médica representada por seus antepassados, simbolicamente imortalizados pela obra que deixaram, viva até hoje nas universidades médicas. O professor oferece-se aos alunos como ideal de ego, aquele que conseguiu tornar-se imortal, ideal com o qual os alunos podem identificar-se e assim aplacar, parcialmente, sua ansiedade hipocondríaca, de morte. Os alunos, se seguirem as palavras do mestre poderão conquistar a própria imortalidade, simbolicamente falando. Seus corpos certamente perecerão, como o do cadáver ali exposto, mas sua obra, suas criações em vida podem perdurar, transcender sua existência material.

Neste ponto identificamos uma clivagem, ou melhor, uma cisão do cadáver. Ao apontar para o fato de que o cadáver é despersonalizado, de que não sabemos quem foi, como viveu, o que sofreu, se teve missa de sétimo dia, e que *“quanto mais indigente e desgraçado mais útil se torna para a sociedade, ele adquire aqui uma personalidade universal e todo estudante de medicina tem que se conscientizar da importância que esse indivíduo despersonalizado representa e é dever de todo professor de anatomia salientar esse aspecto moral da utilização do cadáver.”* - através desse discurso o professor retira do cadáver sua dimensão humana, inclusive sua possibilidade simbólica de se imortalizar. Seu corpo biológico é dissociado, cindido de sua personalidade, personalidade universal. Universal e descontextualizada de sua realidade social, uma vez que *“quanto mais indigente e desgraçado”* pode ser interpretado como “quanto

mais desvinculado do meio social, sem laços de trabalho, laços afetivos, sem endereço fixo, sem referencial social”. Sem escrever um livro, criar um filho ou plantar uma árvore.

Dessa maneira coletiva o grupo cinde o aspecto humano do cadáver, que passa a ser considerado por todos como o “*mais indigente e desgraçado*”, destino do qual os membros do grupo estão livres e protegidos pelo professor-guardião-totem.

Através desse ritual de iniciação, a instituição estabelece muito claramente a seus membros ingressantes a angústia central que estará em questão durante o curso assim como o mecanismo psíquico que deverá ser mais freqüentemente utilizado para lidar com ela. Após o vestibular, primeiro processo seletivo dos membros aptos intelectualmente a fazer parte da instituição, segue-se esse teste psíquico, de quem estará apto a funcionar dentro desse sistema psíquico, coletivamente estabelecido. O residente de psiquiatria entrevistado, mencionado no início desse capítulo, quase não se adaptou a esse funcionamento e pensou em desistir do curso. Provavelmente ele encontrou, na universidade, outras abordagens sobre o corpo, a vida e a morte, compatíveis ao seu funcionamento psíquico, que permitiram sua permanência na instituição de ensino, dado que, segundo Rouchy (2005), uma organização é fundada por uma pluralidade de instituições. Retomaremos e ampliaremos essa discussão sobre a relação entre organização e instituição no próximo capítulo.

Para ilustrar a não adaptação de um novo membro numa organização, lembro o trabalho de Menzies (1988) realizado com enfermeiras de um hospital escola de Londres, que solicitou o desenvolvimento de novos métodos de organização do trabalho das enfermeiras, devido ao alto índice de evasão do curso de especialização em enfermagem. A autora constatou que os profissionais, ao cuidar de pessoas fisicamente doentes, confrontam-se regularmente com a ameaça do sofrimento e da morte. Portanto, uma organização hospitalar, demanda de seus profissionais a tarefa de cuidar de pessoas doentes, tarefa cuja natureza desperta, segundo Menzies (1988) sentimentos como piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, ressentimento e inveja. Apoiada na teoria de Jacques (1955) segundo a qual os membros de uma organização desenvolvem mecanismos de defesa socialmente estruturados na luta contra suas ansiedades Um importante aspecto dos mecanismos de defesa socialmente estruturados é a tentativa dos indivíduos em externalizar e conferir materialidade objetiva para seus mecanismos de defesa psíquicos característicos. Um sistema social de defesa desenvolve-se ao longo do tempo como resultado de um conluio, um pacto inconsciente entre os membros da

organização. O mecanismo de defesa socialmente estruturado tende a se tornar um aspecto da realidade externa com o qual, velhos e novos membros da organização, devem compactuar.

A autora destaca, então, alguns desses sistemas de defesa sociais utilizados pelo grupo de enfermeiros do hospital-escola, como a cisão na relação enfermeiro-paciente expresso pelo fato de que o serviço das enfermeiras é dividido em uma lista tarefas sendo que cada enfermeira realize uma ou poucas dessas tarefas com um grande número de pacientes, o que restringe seu contato. Essa divisão (*split up*) previne o profissional de um efetivo contato com a totalidade do paciente e sua doença, protegendo o enfermeiro da ansiedade que é naturalmente despertada nessas circunstâncias. Outro mecanismo identificado é a despersonalização ou eliminação de características individuais nos enfermeiros e nos pacientes. Por exemplo, os enfermeiros frequentemente se referem aos pacientes, não pelos nomes, mas pelo número do leito ou pela doença: “a pneumonia do leito 15”. De forma semelhante, na aula descrita o cadáver não tinha nome e, segundo o professor, era melhor que não tivesse. Menzies (1988) destaca outros mecanismos que reservaremos para o próximo capítulo, quando analisarmos o funcionamento hospitalar. Por hora, vale salientar de seu trabalho o fato de que o membro ingressante na organização pode não se adaptar, do ponto de vista psíquico, a seu funcionamento, aos seus mecanismos sociais de defesa.

Ou pode adaptar-se parcialmente, como parece ter sido o caso do residente de psiquiatria acima mencionado. Não sabemos ao certo como, ou através de quais mecanismos psíquicos, ele conseguiu permanecer na instituição, mas podemos abrir a questão para pensar, uma vez que as organizações são constituídas por grupos formais (serviços, equipes, disciplinas) e informais (profissionais, pessoais, ideológicos), sendo que cada indivíduo pode pertencer simultaneamente a diversos grupos formais e informais, e ser confrontado com uma pluralidade de identidades. Essa pluralidade pode ser complementar ou conflitual dado que os valores dos grupos são diferentes. A diversidade de grupos e seus respectivos valores podem reativar conflitos internos inconscientes sendo fonte de sofrimento, mal-estar, repetição e reprodução de elementos traumatizantes da história de cada membro da organização. Os conflitos podem ser inter e intra-grupos e “*dissimulam e revelam conflitos intrapsíquicos e os grupos internos em cada sujeito*”. (Rouchy, 2005, p.33).

Por exemplo, os alunos referem que, apesar de todo o esforço cerimonial para conter as angústias despertadas pelo contato com o cadáver, após as aulas de anatomia

eles não conseguem comer carne. Alguns não comem carne, em especial, carne vermelha, durante o curso de anatomia, outros durante todo o curso de medicina. Ao sair da aula de anatomia, fui almoçar e confesso que o almoço causou-me certa náusea.

O cadáver deve ser tratado como universal, sem história e sem identidade. Este comportamento, com o respectivo mecanismo de defesa que exige, é claramente instituído na aula descrita. Porém, para alguns alunos isto, provavelmente, entra em conflito com valores internos provenientes de seus grupos familiares, de suas histórias de vida, gerando um mal estar que aparece sob a forma de não conseguir comer carne após a aula. Neste sentido, o cadáver torna-se uma espécie de tabu, deslocado para os alimentos que se não devem ser tocados ou ingeridos. Assim como os valores da organização revelam os comportamentos, formas de pensar e agir considerados adequados e esperados pelo grupo, os tabus definem as áreas proibidas, o que está *“além das fronteiras e não deve ser permitido o seu acesso ou mesmo a sua menção.”* (Freitas, 2008, p. 26). O tabu ou a náusea decorrente de quem ousa quebrá-lo revelam esse conflito intrapsíquico proposto por Rouchy, ou seja, revela que o sujeito participa das tarefas determinadas pela organização, mas não sem algum sofrimento ou desconforto.

O aspecto humano do cadáver constituído por uma identidade e história singular, corresponde ao conceito de pacto denegativo elaborado por René Kaës ao estudar e teorizar o funcionamento dos grupos. Segundo Kaës o momento originário de um grupo corresponde ao *“encontro dos sujeitos dispersos com a zona do objeto do agrupamento: a partir de uma identificação difusa e intensa com um objeto apresentado na fantasia inconsciente do iniciador do agrupamento, o espaço psíquico do originário se reconstitui (...) Admitir-se-á que a engrenagem do processo é realmente uma fantasia inconsciente individual que, no espaço originário, mobiliza a expectativa do encontro com o objeto. Estamos lidando provavelmente com uma experiência próxima daquela outra do encontro com o maná.”* (Kaës, 1997, p.186).

O encontro dos alunos com o cadáver suscitou uma identificação intensa e difusa com o mesmo, despertando fantasias de desmaio, reveladoras das angústias hipocondríacas e mecanismos de defesa contra essa angústia.

Freud (1913) define tabu como algo sagrado e ao mesmo tempo misterioso, proibido e perigoso, sendo que há várias classes de tabu, como por exemplo, os *“naturais ou diretos, o resultado do mana (poder misterioso) inerente a uma pessoa ou coisa”* (Freud, 1913, p. 39). A fonte do tabu é atribuída a esse poder mágico e

misterioso inerente a pessoas e espíritos. Os chefes ou sacerdotes que impõem um tabu também são dotados de um *mana*, de uma força misteriosa e mágica, o que confere ao tabu uma intensidade muito maior do que se transmitido por uma pessoa comum.

Os objetivos do tabu são diversos e um deles a “*precaução contra os perigos decorrentes do manuseio ou entrada em contato com cadáveres, ingestão de certos alimentos, etc.*” (Freud, 1913, p. 39). As fantasias que o cadáver desperta nos alunos resultam desse poder misterioso inerente ao cadáver, que contém em si grande parte do saber sobre o corpo humano, mas, mais do que isso, ele conhece a morte.

Para Kaes, “*o grupo é a encenação e a construção de um aparelho psíquico grupal, pela razão de que o aparelho psíquico ‘individual’ é ele próprio construído como a interiorização de uma organização grupal*” (Kaës, 1997, p. 179) sendo as fantasias originárias dotadas de uma estrutura grupal. No grupo, a fantasia não é simplesmente um denominador comum, efeito de identificação por ressonância entre seus membros. A fantasia é construída e encenada no grupo; oferece ao grupo uma estrutura grupal que permite organizar lugares subjetivos nos quais os sujeitos irão se colocar ou não, com o risco de “*sacrificar temporariamente a realização de sua fantasia pessoal com a exigência de encontrar um lugar na cena fantasmática do grupo*” (Kaës, 1997, p. 182). Assim, através de um contrato narcísico e um pacto denegativo, o grupo garante a organização de uma fantasia comum partilhada.

No nosso caso o contrato narcísico é o pacto transmitido pelo professor de exercer “*a mais nobre das profissões*” com ética, estética, moral e excelência. Os alunos partilham dessa fantasia grupal, estabelecendo rapidamente um contrato narcísico expresso pela uniformização de seus jalecos e cabelos moicanos. Ao mesmo tempo em que estabelecem aquilo que os unem, definem o seu negativo, ou seja, aquilo que deve ser denegado pelo contrato inconsciente entre os sujeitos, no caso, o nome, a identidade, a história e o contexto social do cadáver.

Podemos dizer que se trata de um grupo que apresenta, predominantemente, uma “*sociabilidade sincrética*”, noção desenvolvida por Bleger que aponta para aspectos grupais de não favorecerem a individuação, a diferenciação entre eu e não eu. Bleger (1989) define grupo como “*um conjunto de indivíduos que interagem partilhando determinadas normas na realização de uma tarefa.*” A matriz de qualquer grupo é um tipo de relação que Bleger chama de não-individuação. Trata-se dos estratos da personalidade que permanecem em estado de indiscriminação. Chama esse tipo de relação de sociabilidade sincrética diferente da sociabilidade por interação. A

personalidade é dada não apenas pelo eu, mas também pelo eu sincrético. O eu grupal define-se pelo grau de organização e integração do conjunto das manifestações compreendidas naquilo que denominamos verbalização, motricidade, ação, julgamento, raciocínio, pensamento. Essa individuação ou personificação de um indivíduo ou grupo funda-se sobre uma determinada imobilização de aspectos sincréticos. Entre esses dois aspectos da personalidade instala-se uma clivagem que deve ser tratada e integrada.

Citando Meltzer, Kaës nota a existência de um estado primitivo da psique, cujos contornos são imprecisos e indistintos. Mahler e Searles supõem que todo indivíduo tende a estabelecer relações simbióticas, reveladoras de um estado original de indivisão e indistinção. Kaës descreve o *“berço onírico originário, lugar primeiro do espaço psíquico comum e posteriormente compartilhado”* (Kaës, 2004, p.66).

No grupo descrito, esse fundo de indiferenciação e sincretismo, esse espaço onírico compartilhado, revelam-se, através das vestimentas dos alunos, uniformizadas e impessoais, identificados com a despersonalização do cadáver. A denegação da personalidade do cadáver e dos alunos, que naquela cerimônia pareciam todos iguais, é um ato que escapa ao trabalho do pré-consciente, que segundo Kaës, permite elaborar e ligar as excitações a representações e imagens. Irrepresentável, o material arcaico circula livre no espaço psíquico, sendo fonte de angústia e dor, sobrecarga econômica de excitação. Ato revelador de uma cisão, num primeiro momento atribuída ao cadáver, mas que se desdobra em outras cisões que, adiante, irei destacar: as institucionais.

Ao terminar a aula, ainda no laboratório um aluno do segundo ano do curso de medicina veio cumprimentar-me, uma vez que ele faz parte da turma à qual leciono Psicologia Médica. Ele disse que achou muito estranha minha presença ali, “o que uma professora de Psicologia Médica está fazendo aqui?” e imaginou que eu tivesse um filho recém ingressante na universidade e estaria ali para acompanhá-lo na aula. Além de eu não ter vestido avental durante a aula, o aluno imediatamente reconheceu-me como diferente, o que não é de se estranhar. Não fosse minha tese eu realmente talvez nunca assistisse àquela aula. O que é interessante na fala dele é que rapidamente construiu um vínculo entre minha pessoa - ou melhor, meu papel e posição institucional – e o grupo de forma a neutralizar aquilo que quebrava o isomorfismo do grupo e transformando-me numa “igual”, em mais um elemento desse fundo sincrético.

Para finalizar esse tópico lembro que, de acordo com Freud (1921, 1923), um sujeito constitui-se a partir de diversas identificações, com figuras parentais ou quaisquer modelos de referência que se apresentem em sua vida social. Cada indivíduo

contém em si, um precipitado de identificações múltiplas segundo os mais variados modelos, e partilha, portanto, de numerosas mentes grupais estáveis (profissão, raça, nacionalidade, religião...). No entanto, Freud reserva ao psíquico certa autonomia em relação ao social ao dizer que o indivíduo pode também “*elevantar-se sobre elas (as identificações), na medida em que possui um fragmento de independência e originalidade*” (Freud, 1921, p.163). E é essa relativa autonomia que permitiria ao sujeito estar na instituição sem misturar-se totalmente a ela, sem compactuar com seus mecanismos de funcionamento, e no melhor dos casos até modificar as “*maneiras coletivas de agir*”, definidas por Durkheim (1960, p.30).

Entretanto, mesmo considerando a capacidade de alguns alunos “elevantar-se sobre o social” e lidar com o ingresso na organização de forma livre e autônoma, o professor de anatomia deixa claro quais são os valores e comportamentos esperados, hegemonicamente, dentro da cultura da universidade. E não são valores e comportamentos que preparam o aluno para uma assistência humanizada.

3. 5. A adaptação disciplinar à instituição.

“A educação, de acordo com o enfoque tecnicista, assenta-se sobre os princípios da racionalidade, eficiência e produtividade; encontra no ideário da neutralidade científica seu pressuposto básico.” (Segnini, 1988, p.37)

A adaptação que chamei de disciplinar, aponta para uma questão política da organização, seguindo o conceito de disciplina - “*métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade*” - de Foucault (1987, p.126). Trata-se de detectar e analisar o processo que a organização utiliza para implementar suas diretrizes.

A via disciplinar é aquela que, através de um discurso cuja ordem – “*controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos*” (Foucault, 1996, pag. 9) - está de acordo com o ideário da organização, ordena as multiplicidades humanas (Foucault, 1987).

O processo disciplinar instaura-se através de *“um longo e contínuo processo, que se inicia na seleção de pessoal, sedimenta-se no treinamento da força de trabalho e se reafirma, a todo instante, nos esquemas de punições e recompensas a que estão submetidos os trabalhadores.”* (Segnini, 1988, p. 57).

Traduzindo para a organização em questão, uma universidade médica, para analisar os mecanismos disciplinadores singulares da organização, há que se avaliar esse processo que se inicia no vestibular – seleção dos alunos – observando-se que requisitos são exigidos para que se faça parte do grupo institucional; analisar como se dá o treinamento dos alunos durante a graduação – qual é a proposta curricular, que cursos são oferecidos, qual é a estrutura da programação, o conteúdo ensinado, o conteúdo excluído do discurso, a metodologia de ensino, a relação entre professores e alunos; e finalmente, como se realiza o sistema de recompensas, no caso, as avaliações dos alunos.

Há que se analisar ainda o perfil dos professores que estão diretamente relacionados ao processo junto aos alunos. Como são selecionados e treinados para cumprir a tarefa disciplinar.

Começarei pela estória da UNIFESP-EPM que permite, através de seu discurso, iniciar essa análise, para em seguida abordar como se estrutura o curso de medicina, desde o vestibular, passando pela estrutura e conteúdo do curso, metodologia, e avaliação. Ou seja, em termos de disciplina, como se estrutura essa organização? Como ela disciplina seus alunos, como treina esses futuros profissionais que cuidarão dos corpos indisciplinados das pessoas doentes.

Por fim, compreendendo a organização como uma construção social extremamente complexa, afirmo que a adaptação disciplinar e a psíquica não são excludentes, são apenas duas formas diferentes de análise, focando coisas diferentes dentro da organização. Duas formas de olhar a realidade, que não se confundem com a própria realidade e que nunca a abarcarão na sua totalidade.

3. 5. 1. UNIFESP-EPM: o mito de origem, estória e configuração atual.

A estória que relato resumidamente, a seguir, foi extraída de um livro publicado pela reitoria da UNIFESP-EPM. Esses elementos podem também ser encontrados no museu da Escola Paulista de Medicina, situado ao lado da sala do professor titular de anatomia Fulano de Tal. Vale lembrar que as estórias são outro elemento da cultura

organizacional, e são baseadas em eventos reais que informam sobre a organização e reforçam o comportamento existente. Elas oferecem um conjunto claro de exemplos de ação, fazendo com que a filosofia da administração esteja presente e seja compreensível para os membros. Ao divulgar valores ela funciona como guia de ação, especialmente para os recém-admitidos, de quais são as regras, as exceções às regras. As histórias carregam um forte conteúdo simbólico, ou seja, servem para simbolizar uma orientação e os valores que unificam os participantes ao reproduzirem a aprendizagem por meio da experiência alheia.

A estória da Escola começa em 1933, quando foi fundada a partir do “*idealismo de 33 professores*” e contava com 17 funcionários e cerca de 80 alunos. E o relato alcança até o ano de 2003 quando a escola, já pertencente à Universidade Federal de São Paulo, descreve-se como “*a mais produtiva universidade do país, um autêntico centro de excelência em pesquisa*”, que conta com “*110 mil funcionários e 4800 alunos.*” (UNIFESP-EPM, 2003, p.4)

Descrevendo a Universidade da Saúde como uma “*ilha de excelência*”, o livro atesta ainda que a missão da Universidade da Saúde “*é desenvolver as atividades inter-relacionadas de ensino, pesquisa e extensão, almejando a liderança nacional e internacional na área da saúde no tripé ensino, pesquisa e extensão.*” (UNIFESP-EPM, 2003, p.4) E aponta como valores da organização a “*união entre coragem para empreender e ousadia para inovar.*” (UNIFESP-EPM, 2003, p.4)

O livro apresenta-se sob a forma de narrativa com um tom épico e heróico. As sagas, elementos da cultura organizacional, são definidas por Freitas (2008) como narrativas que louvam o percurso da organização apontando os obstáculos que enfrentou e venceu despertando assim, em seus membros, admiração e orgulho por fazer parte dessa “tribo”.

Neste tom, o livro relata como foi instituída a Escola Paulista de Medicina, enfatizando obstáculos como a quebra da bolsa de Nova York e a decorrente crise econômica brasileira nos anos trinta, assim como a instabilidade política do período. O livro chama a atenção para a participação dos médicos na Revolução de 32 (que visava o restabelecimento da autonomia dos Estados destituída por Getúlio Vargas) que trataram os soldados feridos e defenderam o edifício-sede da Faculdade de Medicina de São Paulo, a única escola médica de São Paulo até então.

São Paulo reivindicava outra escola médica, uma vez que muitos candidatos qualificados ficavam excluídos do curso por falta de vagas na USP. Quando então

aparece o primeiro herói da estória: Octávio de Carvalho *cuja “genialidade foi perceber que o momento era propício para transformar o antigo sonho em realidade”* (UNIFESP-EPM, 2003, p.15). Cumprindo com sua função de herói, Octávio demonstra que o sucesso pode ser humano e atingível e personificando os valores, a força e a coragem organizacionais, funda em 1º. de Junho de 1933 a Escola Paulista de Medicina, cujo nome *“resgatava o orgulho paulista, ferido pela derrota na revolução de 32.”*. O primeiro vestibular testou conhecimentos de português, inglês, física, química e história natural dos candidatos, tendo aprovado 84 alunos. A aula inaugural foi proferida por Antonio Carlos Pacheco e Silva, futuro catedrático de Psiquiatria da EPM.

A “escolinha”, assim chamada pela turma da Medicina de Pinheiros, cresceu em 1937 inaugurou o Hospital São Paulo, que contava com 80 leitos. A inauguração foi pomposa coroando a gestão de Octávio de Carvalho. Entretanto, *“seu estilo centralizador e personalista de administração, que misturava assuntos pessoais com os da instituição, há muito gerava descontentamento em alguns professores-fundadores da escola.”*. Em 1934, acusado de abusar do poder, ele pede demissão, pedido não foi aceito pela congregação. Em 1938 demite-se do cargo e Álvaro Lemos Torres assume a diretoria da escola.

A essa altura podemos notar uma saga através da qual figuras autoritárias – Getúlio Vargas, Octávio de Carvalho - são questionadas pelos membros da organização que através de uma postura revolucionária conseguem tomar o poder e restabelecer a ordem. Esse tipo de saga lembra o mito descrito por Freud em Totem e Tabu (1913), segundo o qual, um pai extremamente autoritário, cujo desejo era lei na tribo, é morto e deposto pelos filhos que conseguem, a partir de então, normatizar as relações sociais da tribo de forma mais justa. Talvez a aula de respeito ao cadáver seja também uma homenagem anual a esses personagens ancestrais mortos.

Seguindo a estória, a escola criou, em 1951, o Departamento de Clínica Médica, embrião do Departamento de Medicina, optando por despessoalizar o curso médico, destronando catedráticos e dando início à “real profissionalização” da Escola. Quatorze anos mais tarde uma lei federal instituiria o sistema departamental na universidade brasileira. Em 1954 a departamentalização atingiu toda a escola. Em 21 de janeiro 1956 a Escola Paulista de medicina foi federalizada, pelo Decreto lei 2712, numa tentativa de salvar sua saúde financeira que andava “atolada em dívidas”.

Em 1957 criou-se a residência médica, novidade na época. Os residentes residiam nas dependências do hospital que era dirigido pelas freiras. Em 1967 instala-se a biblioteca Regional de medicina, a Bireme. Em 1971 a pós-graduação foi institucionalizada na EPM.

Em 1994 cria-se a Universidade Federal de São Paulo/ EPM, transformando a escola até então isolada em universidade federal, *“uma instituição forte no ensino e na pesquisa, com predileção por projetos socialmente relevantes, nas áreas de assistência e extensão.”* (UNIFESP-EPM, 2003, p.65).

Atualmente, a UNIFESP/EPM, além de atuar no Hospital São Paulo, leva conhecimento e profissionais a unidades Básicas de Saúde e hospitais conveniados (Vila Maria, Pirajussara, Embu, Diadema, Cotia e salto).

Vejamos com maior detalhe como está estruturado o curso de graduação de medicina na UNIFESP-EPM.

3. 5. 2. O curso de graduação em medicina atual da UNIFESP-EPM

O vestibular

A inscrição para o vestibular é realizada através de um site (www.vestibulat.unifesp.br) que apresenta um manual, donde foram coletados os dados a seguir. O manual começa com uma mensagem ao candidato:

“Excelência em ensino. A Universidade Federal de São Paulo tem orgulho de sua atividade de formação em ensino. A qualidade do ensino nos cursos tradicionais e consolidados da UNIFESP já é conhecida. A qualidade dos cursos novos fica evidenciada pelas primeiras posições obtidas pelos nossos estudantes na mais recente avaliação do ENADE (Exame Nacional de Avaliação de Desempenho Escolar) feita pelo MEC e também no recente Índice Geral de Cursos – IGC sendo que a UNIFESP foi apontada como a melhor universidade do país com nota máxima cinco e total de 438 pontos (de 0 a 500). Venha construir conosco o seu futuro, o futuro desta Universidade e um futuro melhor para o nosso mundo.” (Trecho extraído do Manual do Candidato 2010, Sistema Misto, disponível no site www.vestibulat.unifesp.br, p.3).

Antes mesmo de ingressar na organização o candidato já é apresentado a alguns de seus valores como “excelência”, “orgulho”, “desempenho” e “qualidade de ensino”. Além de ser atraído através de um apelo narcísico, a fazer parte do grupo dos melhores. Melhores não apenas pela avaliação do ENADE, mas melhores porque, segundo a estória narrada, são corajosos, revolucionários e autônomos.

A UNIFESP oferece 121 vagas para o curso de medicina das quais 110 serão preenchidas pelo Sistema Universal e 11 pelo Sistema de Cotas (para candidatos que se declararem com cor de pele negra, parda ou indígena e tenham cursado o ensino médio exclusivamente em escolas públicas), sendo que os inscritos concorrerão, inicialmente, pelo Sistema Universal. Os candidatos que tenham cursado o ensino médio exclusivamente em escolas públicas, mas que não têm cor de pele negra, parda ou indígena, podem declarar essa condição para o caso de haver vagas remanescentes no Sistema de Cotas. Aqueles que optarem pelo Sistema de Cotas deverão levar documentação comprobatória no dia da matrícula. O fato de haver cota de vagas para estudantes de escolas públicas ou negros ou indígenas ou pardos, já nos permite dizer que a UNIFESP, e isso não privilégio seu enquanto universidade brasileira, tem seu quadro de alunos compostos majoritariamente por alunos da raça branca e classe social alta.

As provas incluem no primeiro dia Língua Portuguesa (30 questões), língua Estrangeira (15 questões), ambas de múltipla escolha e Redação. No segundo dia é realizada a prova de conhecimentos específicos incluindo as disciplinas Biologia, Física, Química e Matemática, sendo que cada uma apresenta cinco questões discursivas. As disciplinas de Geografia e História (chamadas de Conhecimentos Específicos de Humanidades) não são avaliadas. A nota final é a média aritmética simples da nota da prova do Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) somada à nota da prova de língua Portuguesa e Estrangeira e Redação, e à nota da prova de Conhecimentos Específicos. Em caso de empate, prevalecerá a nota da prova Específica, seguida da nota da prova de Redação, da nota da prova do ENEM, ou se ainda persistindo o empate, da nota da prova de Biologia, ou o candidato que cursou o ensino médio integralmente em escola pública, e por fim o candidato mais velho.

O manual descreve também o curso de medicina:

“O graduado em Medicina é um profissional com domínio das ciências biológicas – dos eventos moleculares à anatomia - com especial apreço pela vida humana, pelas pessoas – suas necessidades e sofrimentos -

compreendendo-as como sujeitos que fazem parte de um contexto social, cultural e histórico. O objetivo do curso é formar um médico com conhecimento científico sólido e responsabilidade social. Para atingir este objetivo, durante a graduação o universitário tem acesso a um vasto conhecimento que vai desde as Bases Morfológicas até a complexa interação de conhecimentos necessários para a atenção aos pacientes. Isso lhe permite pesquisar, prevenir, diagnosticar, tratar e orientar satisfatoriamente portadores de doenças e, também, compreender a dimensão psicológica e social do processo saúde-doença. Essa formação profissional é, desde o início do curso, norteada pela prática ética. O currículo nuclear é estruturado em módulos temáticos, nos quais diferentes disciplinas são passadas ao aluno de forma integrada. A duração do curso é de seis anos, divididos em três ciclos: Básico (1º e 2º séries), Profissionalizante (3º e 4º séries) e Internato (5º e 6º séries). O Curso está estruturado de forma a proporcionar conhecimento científico sólido, sem esquecer, entretanto, que o bom médico deve combinar técnicas científicas com compaixão e responsabilidade social. Desde o princípio do curso, busca-se ensinar ao aluno as responsabilidades e qualidades humanísticas que envolvem ajuda ao paciente no sofrimento; na doença; no envelhecimento; nas interações com a família; na interação com outros profissionais da área de saúde; nas interações com a comunidade. A análise criteriosa da situação do ensino, em todas as áreas do conhecimento abordadas durante o curso médico da UNIFESP, mostrou uma necessidade imediata da adequação do currículo, visando uma melhoria nas missões e funções da educação médica. Alguns aspectos fundamentais necessitam reformulações, visando à formação de um médico com pensamento crítico e criatividade, educado para a cidadania e para a participação plena na sociedade (...). É esperado que o médico formado pela UNIFESP apresente, ao concluir seu curso, o seguinte perfil: conhecimento das bases da medicina molecular e celular; conhecimento da estrutura e função de órgãos, sistemas e aparelhos que permita acompanhar processos fisiológicos e de doença; entendimento crítico de princípios diagnósticos e terapêuticos que possibilitem o exercício profissional baseado na melhor evidência médico-científica; competência para diagnosticar, tratar e orientar portadores das doenças mais prevalentes, reconhecendo os limites de sua ação; habilidades básicas específicas da profissão; compreensão das dimensões biológica, psicológica,

social, assim como individual e populacional do processo saúde-doença; conhecimentos básicos de promoção da saúde e prevenção da doença; capacidade de trabalhar em equipes multidisciplinares; competência para desempenho profissional ético; estágios realizados em serviços hospitalares e unidades básicas de saúde, sob supervisão docente; conhecimento do método científico; treinamento em pesquisa através de programas de iniciação científica.” (Trecho extraído do Manual do Candidato 2010, Sistema Misto, disponível no site www.vestibulat.unifesp.br, p.33)

O candidato deve perguntar-se: se é importante o conhecimento e a compreensão dos aspectos psicológicos e sociológicos, se esta universidade enfatiza e espera que o médico formado apresente esse perfil, porque a Prova de Conhecimentos Específicos de Humanidades não se aplica aos candidatos que desejam fazer parte dessa organização? É importante, mas não precisa ser avaliado se o candidato conhece ou não tais temas. É importante, mas se ele não tiver conhecimento e domínio dessas disciplinas, não tem problema. Mensagem intensamente contraditória numa universidade que inaugurou seu curso de medicina com a aula de um catedrático da psiquiatria. Por outro lado, a mensagem é compatível ao discurso do professor de anatomia. Separa-se assim, através do discurso, aquilo que deve ser dito que o aluno deve fazer daquilo que é esperado dele de fato.

O curso

*“Professora, eu penso o curso de medicina da seguinte forma:
parece que eu tenho que construir um muro,
mas só me fornecem os tijolos,
sendo que o cimento necessário para fazer a liga entre eles,
eu é que tenho que arranjar, por minha conta.”*

Aluno do segundo ano da graduação de medicina da UNIFESP-EPM

Em 1997, foi implantado o novo currículo médico, denominado Currículo Nuclear que transmite o núcleo dos conhecimentos essenciais para a formação médica, ao qual se associam disciplinas eletivas e optativas, iniciação científica e o chamado tempo pró-aluno (um período por semana), que reserva um período semanal para o graduando utilizar da forma que achar mais conveniente. Tentou-se priorizar no novo currículo aspectos como a integração e compatibilização das disciplinas, elenco de

disciplinas eletivas, introdução dos recursos de Informática no ensino e nas habilidades e sistemática de avaliação do Currículo Nuclear.

O Currículo Nuclear é dividido em três ciclos:

1. Ciclo Básico (1^a e 2^a séries) constituído pelas seguintes Unidades Curriculares:
 - 1^a série - Bases Morfológicas da Medicina, Organização Funcional do Corpo Humano, Observação das Práticas Médicas (observação de diferentes ambientes de prática profissional e discussões), Psicologia Médica, Saúde Coletiva: Política de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde, Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros: Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Introdução às Técnicas Básicas.
 - 2^a série - Bases da Medicina Celular e Molecular, Epidemiologia, Bioestatística, Sociologia Médica, Psicologia Médica, Educação e Comunicação em Saúde, Farmacologia e Psicobiologia, Anatomia Patológica, Semiologia Integrada, Atendimento Pré-Hospitalar, disciplinas eletivas.
2. Ciclo Profissionalizante (3^a e 4^a séries): a partir do terceiro ano há módulos temáticos cujo conteúdo é oferecido de forma integrada entre as disciplinas e departamentos, com o objetivo de diminuir a atomização do curso médico. O Ciclo Profissionalizante é constituído pelas seguintes Unidades Curriculares:
 - 3^a série – Semiologia do Adulto e da Criança, Epidemiologia, Genética Médica, Fundamentos em Oncologia, Infectologia, Bases da Medicina por Sistemas e Aparelhos, Anatomia Topográfica, disciplinas eletivas.
 - 4^a série Bases da Medicina por Sistemas e Aparelhos, Infectologia, Geriatria, Oftalmologia, Medicina Legal, disciplinas eletivas.
3. Internato (5^a e 6^a séries) - Os alunos são levados, no internato, a atender fora do campus, em Serviços Hospitalares (Vila Maria) de diferentes níveis de complexidade (Enfermarias, Emergências, Ambulatórios) e em Unidades de Atenção Básica nas seguintes áreas: Medicina do Adulto, da Criança e do Adolescente, Ginecologia, Obstetrícia, Saúde Mental, Medicina Preventiva e Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.

Analisando os projetos pedagógicos das unidades curriculares componentes do curso de graduação de medicina, disponíveis no site da Pró-reitoria de Graduação da UNIFESP (WWW.unifesp.br/prograd), nota-se a predominância de disciplinas voltadas para o ensino biomédico, numa estrutura bastante compartimentada, em primeiro lugar entre a área Clínica e Cirúrgica, e em segundo lugar entre os ditos “sistemas e aparelhos”, que podem ser “cardiocirculatório”, “reprodutor”, “locomotor”, “urinário”, “cabeça e pescoço”, entre outros. De modo que, o curso estrutura-se na linha da especialização, em parte porque, dado o volume de conhecimentos e técnicas disponíveis no campo atual da medicina, seria impossível para um profissional dominá-lo em sua totalidade. Em parte porque tal especialização já prepara o futuro profissional para a divisão técnica do trabalho presente nas organizações de serviços de saúde (Pitta, 1996).

Dir-nos-ia Foucault que a especialização - considerando que as partes não integram um todo – a divisão do todo em unidades celulares faz parte da estratégia da disciplina que posiciona cada especialidade numa célula compartimentada, evitando agrupamentos, desvios, comunicações perigosas e descontrole.

Com relação às metodologias propostas pelas unidades curriculares, também disponíveis no site da UNIFESP, predomina a aula expositiva, na qual o professor expõe um saber já construído pelo campo médico para os alunos que devem memorizá-lo. Trata-se de uma metodologia normativa. As aulas são ministradas em anfiteatros da universidade cuja disposição é tradicional: à frente um tablado sobre o qual o professor se posiciona frente aos alunos enfileirados em cadeiras fixas ao chão, todos de frente para o professor. Não é possível mudar as cadeiras de lugar para formar uma roda e discussão em grupo, por exemplo.

A avaliação dos alunos é realizada basicamente através de provas teóricas e práticas, além de frequência e participação.

Podemos concluir que o curso de graduação da UNIFESP-EPM segue o que Krasilchik (1988) chamou de tendência curricular racionalista-acadêmica, que enfatiza aulas expositivas através das quais o professor transmite ao aluno seu acervo de conhecimentos. A ênfase, portanto, é no ensino e não na aprendizagem. Como veremos adiante, a partir de dados complementares colhidos com alunos e professores (apresentados no capítulo 6) os alunos participam pouco das aulas, assumindo uma postura passiva diante do mestre, trata de decorar a matéria sem refletir ou criticá-la,

apenas decorá-la para passar nas provas. Esse esquema não foge ao contexto mais amplo dos cursos médicos brasileiros descritos no início deste capítulo.

Entretanto, também compatível com o material discorrido sobre Educação Médica no Brasil, algumas disciplinas da UNIFESP tendem a ser mais integradoras, no sentido de fugir ao “especialismo” (De Marco, 2003), articulando-se com outras disciplinas e modificando o método de ensino e de avaliação. São cursos que promovem uma participação mais ativa dos alunos, levando-os a outros cenários tais como enfermarias, UBS, nos quais têm a possibilidade de observar e entrevistar pacientes. A partir de então são realizadas discussões em grupo, nas quais os alunos trazem o material a ser discutido e preparam relatórios sobre o observado e discutido. Ao invés de memorizar e repetir um saber já constituído, os alunos constroem seu saber.

Chama muito a atenção, observando o programa dos cursos, que com relação à morte, durante o curso de graduação, apenas algumas aulas da disciplina de Psicologia Médica dedicam-se a refletir sobre o assunto, além de uma disciplina eletiva sobre Tanatologia. Numa instituição cuja ansiedade nuclear aparece na relação com a morte e a mortalidade, não há espaços, ou há poucos espaços, para se pensar, refletir e metabolizar o tema. Dentro do processo disciplinar, só pela proposta dos cursos, a organização deixa claro aos alunos que este assunto não deve ser tratado ali dentro, isso deve ficar fora do discurso.

Que visão de mundo, de saúde e doença, esse formato de curso transmite aos alunos?

3. 6. Uma experiência digna de nota.

Dado o currículo e estrutura do curso da UNIFESP e dados os questionamentos e possibilidades de análise que o campo da Educação Médica oferece, relato a seguir uma experiência acadêmica, da qual tive a chance de participar pessoalmente, e que ilustra bem a “dor e a delícia” de uma tentativa de integração – no caso integração dos aspectos psicossociais aos aspectos biológicos dos pacientes.

A disciplina de Psicologia Médica existe no currículo do curso de graduação de medicina da UNIFESP-EPM desde 1956, quando integrava o programa do terceiro ano do curso. A partir de 1986 a disciplina ganhou espaço, ocupando os três primeiros anos

do curso e hoje em dia participa também do quarto e do quinto ano (De Marco et. AL., 2009).

A experiência que pretendo relatar ocorreu no curso chamado Semiologia Integrada oferecido aos alunos no segundo semestre do segundo ano da graduação.

No primeiro semestre do segundo ano, através de aulas teóricas, transmitimos aos alunos conhecimentos e técnicas que consideramos pertinentes para habilitá-los a realizar uma boa anamnese psicológica-psiquiátrica dos pacientes. Assim, o curso é composto por conteúdos como Técnicas de Comunicação, Introdução à Subjetividade Humana, Exame Psíquico e Psicologia do Desenvolvimento, conteúdos estes presentes em diversos campos de conhecimento como comunicação, psiquiatria, psicanálise e psicologia. Algumas aulas são expositivas, outras usam técnica de role-playing, seminários e discussões em grupo. Num segundo momento, os alunos vão a campo entrevistar pessoas – caso sintam-se confortáveis para tanto, entrevistam pacientes nos ambulatórios e enfermarias das dependências do Hospital São Paulo – e realizam um relatório.

Os relatórios escritos pelos alunos são instrumentos dinâmicos, nos quais o estudante registra e organiza suas entrevistas de forma sistematizada através do discurso narrativo, contínuo e reflexivo. A reflexão é um processo em que o sujeito atribui sentido a uma situação, reflexão dos fatos e de si, e por isso deve ser crítica e autocrítica.

A narração é uma história, um discurso com significação. Assim, solicitamos que escrevam narrativamente, em primeiro lugar, os fatos narrados pelo paciente. Dados de história de vida passada e atual devem ser registrados o mais proximamente possível do discurso do paciente. A realidade psíquica do paciente é diferente de sua realidade histórica e devemos investigar os fatos para, a partir deles, encontrar o sentido psíquico que o paciente atribui aos mesmos.

Após transcrever os dados fornecidos pelo paciente, de identificação, história de vida, história da doença, dados sobre a família, o trabalho, o grupo social, a relação com o hospital (ambiente e profissional), o aluno deve então relacionar esses fatos com aspectos teóricos apreendidos no curso teórico. Descrever o paciente, sua comunicação não-verbal, sua maneira de se comunicar, seu exame psíquico, seus mecanismos de defesa, aspectos transferenciais e contra-transferenciais na formação médica (Lucchese et. AL., 2009), enfim, conceitos que possam servir à melhor compreensão do paciente do seu funcionamento psíquico, sua personalidade, sua forma de relacionar-se com os

outros e com a própria saúde. Ao refletir sobre conceitos como comunicação não-verbal do paciente, o aluno pode, inclusive, comparar os dados obtidos através do discurso do paciente com os dados observados diretamente no paciente. Por exemplo, um aluno entrevistou, na pediatria, o pai de uma criança que cheirava a álcool, no período da manhã. Trata-se de um dado da comunicação não-verbal que pode comprometer a veracidade dos fatos relatados pelo pai e, principalmente, comprometer a saúde da criança.

E finalmente, o aluno deve realizar uma auto-reflexão, levantando aspectos da entrevista que despertaram sua atenção, que trouxeram dificuldades ou indagações, temores, gratificação e alegrias, e que possam interferir na sua conduta. Os relatórios, que um dia se tornarão anamneses escritas e registradas nos prontuários dos pacientes, serão os instrumentos de comunicação que os profissionais de saúde dispõem para sua comunicação com colegas e, portanto devem ser apreendidos e bem redigidos.

Assim, no primeiro semestre do segundo ano preparamos os alunos para o curso de Semiologia Integrada, que existe desde 2004 e foi planejado como parte do programa de Aproximação à Prática Médica (De Marco et. AL., 2009). Trata-se de então integrar a observação e conseqüente anamnese psíquica com a anamnese médica, mais especificamente das clínicas de Obstétrica, Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica e Geriatria. Os alunos são levados até as enfermarias ou ambulatórios das disciplinas mencionadas e realizam entrevistas com pacientes cuja diversidade clínica permite abordar as várias fases do desenvolvimento humano, desde mulheres grávidas, crianças até idosos. De modo que numa semana acompanhamos os alunos nas entrevistas e na semana seguinte discutimos os casos em sala de aula, discussão coordenada pelo professor de psicologia médica e pelo professor da especialidade clínica.

A avaliação do curso era realizada através de duas tarefas: a anamnese médica cujos dados são coletados durante a entrevista com o paciente e depois transcritos num roteiro em sistema de *checklist*; e o relatório de psicologia médica nos moldes descritos propostos no primeiro semestre.

Os professores do curso, tanto os da disciplina de psicologia médica, quanto os professores das especialidades médicas reuniam-se mensalmente para discutir o andamento do curso. Até que, em determinada reunião, levantou-se a questão de como ponderar as notas dos relatórios e das anamneses, que peso cada um deveria ter na nota final. Apareceu uma tendência no grupo a priorizar a nota das anamneses médicas, afinal trata-se um curso de medicina e os aspectos psicológicos dos pacientes, narrados

nos relatórios e sem dúvida nenhuma muito importantes, seriam apenas um complemento da nota total. A discussão perdurou por certo tempo até que num momento muito profícuo do grupo questionou-se a própria existência de um curso cujo nome, Semiologia Integrada, supõe uma integração. Se a idéia era transmitir aos alunos que o paciente deve ser abordado como um ser biopsicossocial, que mensagem estaríamos transmitindo ao darmos maior peso para a nota das anamneses médicas? A mensagem seria que os aspectos psicossociais são importantes, mas não tão dignos de nota! Afinal a relação entre as disciplinas é hierarquizada ou integrada?

Novamente, a exemplo da Aula de Respeito ao Cadáver e do vestibular, a humanidade do paciente é relevada. E novamente, uma dupla mensagem transmitida aos alunos. Mas dessa vez, não através de uma cerimônia ou de um ritual de seleção, mas através de um artefato organizacional (dentro da cultura organizacional artefatos e criações podem variar desde a tecnologia utilizada, até documentos, prontuários, arte, padrões de comportamento visíveis, que mesmo sendo observáveis nem sempre são decifráveis): os roteiros de anamnese, os relatórios e sua decorrente avaliação. Aliás, cobrar dos alunos que narrem a história de vida dos pacientes exige que eles sejam qualificados em História, assim como cobrar que observem e descrevam o contexto social do pacientes, exige qualificação em Geografia. Essas disciplinas não são avaliadas no ritual de seleção, mas são pré-requisito para o acompanhamento de determinados cursos dentro da graduação.

Felizmente o grupo de professores cumpriu sua tarefa dando mais um passo em direção à integração. Continuou questionando de maneira crítica seu método e avaliação e concluiu que só o fato de exigir dos alunos dois documentos separados, um que tratasse dos aspectos biomédicos e outro dos aspectos psíquicos dos pacientes, já era por si só uma comunicação ambígua aos alunos, uma mensagem anti-integração. Decidiu-se então integrar as anamneses, propondo um roteiro único de entrevista e decorrente relatório.

Organizamos uma comissão, por mim coordenada, que vem tentando selecionar e negociar quais aspectos dos pacientes cada disciplina considera importantes que sejam investigados pelos alunos para que caibam todos no mesmo relatório. O grupo decidiu também que os relatórios devem ser realizados de modo narrativo. Posso afirmar que o processo de mudança causou incômodo emocional - por vezes eu sentia que estávamos quebrando um tabu e isso não acontece sem angústia - e incômodo político, no sentido de como as diferentes disciplinas receberiam tal mudança. “Resolvemos” o incômodo

ao ficar claro para o grupo que aquela mudança tinha apenas fins didáticos para os alunos do segundo ano, e não implicaria em mudanças fora desse contexto.

Não sabemos ainda qual será a repercussão desse trabalho junto aos alunos, uma vez que a anamnese integrada será instituída no segundo semestre de 2010. Retomando Jacques (1955) e Rouchy (2005), as pessoas não são externas às estruturas da organização, e para que as estruturas funcionem seus membros devem interiorizar suas normas e valores. A interiorização desses valores pode se dar como processo de introjeção, que enriquece o eu para a construção de uma identidade profissional pensante e reflexiva, ou mecanismo de incorporação que são fonte de automatização de conduta, ritualização sem mentalização ou reflexão. De forma que um processo de mudança deve passar ao mesmo tempo pela modificação das estruturas exteriores e por um trabalho sobre as representações e valores internalizados e instituídos pelos membros da organização, com o objetivo de ligar o que foi fragmentado pela divisão do trabalho. O dispositivo grupal permite estabelecer a capacidade de pensar aquilo que não foi mentalizado e é automaticamente atuado no trabalho. Permite, como sugere Sievers (1994), transformar o comportamento robotizado (e fazer uma anamnese corre grande risco de se robotizar) em ação simbólica.

A estrutura das anamneses certamente sofreu uma modificação, que passou pela resistência e crivo das disciplinas da Psiquiatria, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Clínica Médica e Geriatria, sendo que cada uma dessas disciplinas são trespassadas por diversas instituições cujos valores e representações são deslocados para o grupo de trabalho dos professores da Semiologia Integrada. Portanto, não sabemos ainda o que, nessa nova estrutura, que carrega um novo pacto, foi de fato integrado e o que foi denegado. Do ponto de vista disciplinar, podemos questionar, segundo nos ensina Foucault, o que fica dentro do discurso proposto pelo roteiro da anamnese e o que fica fora do discurso. O tempo dirá, e nós estaremos com os ouvidos abertos para escutar.

Segundo nos ensina Feuerwerker: *“um conceito amplo de saúde – reconhecimento do outro como sujeito – implica a necessidade de uma relação dialógica no processo de cuidado, reconhecimento do cuidado como característica fundamental do trabalho em saúde. Cuidado integral: capacidade de escuta, acolhimento, construção de vínculos, responsabilização.”* (2004, p.21). Para tanto é fundamental que se realize um trabalho multiprofissional de abordagem interdisciplinar. Mudanças desse porte precisam de muito mais do que redistribuir a carga horária

4. A Organização Hospitalar

Início esse capítulo apresentando um breve histórico de como as organizações hospitalares atravessaram os séculos, mostrando a sua transformação de templos religiosos em templos de consumo e descrevendo as principais missões que esse tipo de organização cumpre na sociedade atual.

Em seguida, retomo, também historicamente, como a psiquiatria foi sendo incluída nas organizações hospitalares, uma vez que nem sempre fez parte das mesmas, avaliando que conflitos e tensões, assim como benefícios essa “fusão” pode ter despertado na organização hospitalar e na assistência que promove.

Considero relevante resgatar esse histórico da organização hospitalar, assim como seu funcionamento atual, pois ao analisar os dados que serão apresentados em seguida, sobre o Hospital São Paulo poderei inseri-los dentro de uma realidade social mais abrangente. Esses dados também foram coletados no site da organização, nas visitas que realizei ao hospital, análise de documentos históricos, e que serão complementados com os dados fornecidos pelos membros entrevistados da organização, a serem apresentados no capítulo 6 dessa tese.

Sigo então apresentando o Hospital São Paulo, comparo suas missões com as missões geralmente assumidas pelas organizações hospitalares, focando a questão da humanização. Para então, questionar como conciliar as missões que o HSP se propõe de prestar uma assistência humanizada, desenvolver pesquisas e formar profissionais de saúde, missões provenientes de valores instituintes tão diversos e que requerem uma organização do trabalho que muitas vezes excludentes. E como essas contradições repercutem na organização do trabalho e nos profissionais que o exercem.

Finalmente, trato da missão recentemente assumida pelas organizações hospitalares de lidar com a morte, integrando a questão no quadro de contradições inerentes a missões tão diversas e distintas, a à cultura moderna na qual o tabu da morte é muito intenso.

4. 1. Hospitais: de templos religiosos a templos de consumo.

A palavra hospital vem do latim *hospes*, raiz que sugere os termos hospedaria, hóspede e hospício (Ribeiro, 1993; Sant’anna, 2001). Não podemos identificar uma

origem única do hospital que surgiu simultaneamente na Grécia de Esculápio, na Roma Antiga, assim como na China e no Egito, donde registros escritos permaneceram descrevendo tais instituições como lugares onde caridosos cuidavam de crianças, velhos, peregrinos, vagabundos e doentes.

No Império Islâmico da Idade Média o hospital passa a contar com uma equipe médica permanente que usava as dependências da instituição como escola formadora de novos médicos. Na Europa medieval os hospitais permaneciam com uma missão estritamente espiritual e religiosa (Ribeiro, 1993). Antes do século XVIII o hospital destinava-se a prestar assistência aos pobres que morriam, eram morredouros. As pessoas que trabalhavam o faziam por caridade, para salvar a alma dos pobres. Assim, a instituição mesclava assistência e transformação espiritual, quase não contando com a intervenção médica que era bastante esporádica. No hospital internavam-se doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. o que o caracterizava também como instrumento de exclusão (Foucault, 1979).

O mercantilismo e a insipiente industrialização geraram, no Ocidente, mudanças econômicas, sociais e políticas – maior importância conferida aos centros urbanos e coletivos, e tentativa de subordinação do clero às autoridades civis. Os hospitais sofreram também mudanças uma vez que, com a criação dos estados monárquicos passaram a ser administrados pelo poder público. A medicina até então era bastante individualizada, sendo a vivência hospitalar excluída da prática médica. A intervenção do médico na doença organizava-se em torno da noção de crise, quando então o médico travava sua batalha contra a doença e curava o paciente.

O hospital passa a ser um lugar terapêutico, medicalizado por algumas razões. Primeiro porque se tentou purificar o hospital da desordem que ele acarretava. Por exemplo, o hospital marítimo na França era um local de desordem econômica onde se traficava mercadorias trazidas das colônias. O traficante fazia-se doente quando chegava ao porto e era levado para o hospital com sua “muamba”, fugindo assim da alfândega. Era também lugar da quarentena onde se isolava as pessoas que chegavam de fora com suspeita de alguma doença, impedindo assim a desordem médica (Foucault, 1979).

Desta forma, os hospitais militares foram o ponto de partida para a reorganização hospitalar: porque o mercantilismo e o contrabando tornaram-se mais intensos nessa fase histórica e porque os soldados custavam caro à nação pelo treinamento especial que recebiam no manejo do fuzil que surgiu, também nessa época. Segundo Foucault (1979), a reorganização não se deu a partir do desenvolvimento da

tecnologia médica, mas por uma questão política: a disciplina, técnica de exercício de poder, aperfeiçoada no século XVIII enquanto gestão dos homens, controle de suas multiplicidades, aplicada nos exércitos e escolas.

A medicina do século XVIII assume o modelo de ciência natural sendo a doença assim compreendida, como um fenômeno natural, fruto da ação do meio sobre o indivíduo. Assim a intervenção médica incide não sobre a doença, mas sobre o meio que a circunda: ar, água, alimentação. (Foucault, 2006).

A intersecção do deslocamento da intervenção médica para o meio e da disciplinarização do espaço hospitalar dá origem ao hospital médico. Torna-se importante então pensar a localização do hospital para que ele esteja ajustado ao plano sanitário da cidade, assim como pensar sua distribuição espacial interna (separar os doentes, quartos individuais), de tal maneira que *“a arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura.”* (Foucault, 1979, p.108). Ocorre ainda uma transformação do sistema de poder dentro do hospital, que passa das mãos dos religiosos às mãos dos médicos. O espaço deve ser organizado medicamente, a presença do médico e o ritmo das visitas intensificam-se, e o funcionamento econômico passa a ser controlado pelos médicos.

Até o século XVIII o personagem do médico aparecia em consultas privadas, e a partir de então passa a ser hospitalar. *“Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.”* (Foucault, 1979, p. 110).

A partir de então o médico aparece como figura central do hospital, apoiado pela política do Estado que lhe conferiu um poder, não clerical, mas ligado à autoridade pública. Para suas mãos passa a competência de internar, diagnosticar, prescrever e dar alta. Na Holanda, a partir do século XVII o hospital torna-se também lugar de formação e aperfeiçoamento. Vale lembrar que esses hospitais eram muito precários, com excesso de doentes e más condições de higiene. Os trabalhadores eram em número insuficiente e pouco qualificados e o trabalho era ainda uma caridade ou penitência. Além da prática

clínica ocorria também, no hospital, a prática cirúrgica. Foram os cirurgiões que ao explorar o conhecimento da anatomia-patológica, “começaram a afastar a medicina do seu empirismo e a construir o hospital científico e moderno. O prestígio da cirurgia estava em ascensão e por razões de estado: afinal, eram eles, os cirurgiões, muito mais do que os clínicos, necessários nas guerras geradas pelas políticas expansionistas dos Estados absolutistas.” (Ribeiro, 1993, p.25)

Segundo Ribeiro (1993), a convergência entre clínica e cirurgia é uma das principais características dos hospitais modernos, pois além de cuidar de doentes os hospitais passam a ter a missão de incorporar tecnologias como, por exemplo, o uso da anti-sepsia e da analgesia nos centros cirúrgicos dos hospitais. Durante o século XIX e alvorecer do século XX o hospital ainda era lugar para pobres, embora todos reconhecidamente doentes. Pessoas economicamente mais abastadas passam a freqüentá-lo somente depois que a mortalidade por infecção hospitalar diminui e alojamentos diferenciados são instalados.

Ribeiro aponta ainda que o hospital moderno perdeu a missão de penitência e misericórdia da Idade Média, e passa a ser um centro de tratamento e recuperação com incorporação de tecnologia e cientificismo da medicina. A partir da segunda metade do século XX, com a produção industrial de quimioterápicos e de equipamentos adquire características e missões novas, próprias do hospital contemporâneo. O autor define então, as novas missões do hospital moderno.

Em primeiro lugar, o grande salto tecnológico que propicia uma grande eficiência da medicina transformou ainda mais os hospitais. Através de sua equipe de tecnólogos e não mais da figura do médico, a medicina pode hoje coibir a dor, o sofrimento e a morte, além de poder contabilizar tudo: as internações, as altas, os custos e os índices de mortalidade e morbidade. O hospital reveste-se da aura empresarial e administrativa de resolutividade e eficiência. *“A percepção de sua imprescindibilidade social é absoluta, a segurança de sua eficácia quase materializável, a solidariedade entre seus pares intrínseca, a autoridade incontestável e a onipotência, uma de suas características. Enfim, poucas são as instituições sociais que gozam de tanto reconhecimentos público como o hospital.”* (Ribeiro, 1993, p.27).

Em segundo lugar, a morte é transferida para o hospital entre 1930 e 1950 (Ariès, 1974), sendo que *“não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a”* (Ribeiro, 1993, p.28). Conforme já mencionado no primeiro capítulo desta tese, o advento dos transplantes, por exemplo, um salto

tecnológico brutal, transforma inclusive o conceito de morte que passa de cardíaca para cerebral. E o doador dos órgãos entra num terceiro estado, que não é nem de vida e nem de morte. Sua morte iminente é interdita e adiada. Ainda que, nestes casos, há um sentido de salvar outra vida através dessa agonia. Mas sabe-se que procedimentos absurdamente invasivos são realizados em pacientes cujo prognóstico é fechado e cujo prolongamento da vida não tem sentido algum.

E por fim, o autor lembra que o hospital passa a ser um aparelho formador de profissionais, que qualifica técnicos e simultaneamente qualifica e avaliza tecnologias. A tecnologia hoje é um produto industrial e o hospital transformou-se num local de trocas dessas mercadorias industrializadas. Além de ser uma local de troca da força de trabalho. De tal forma que, *“ao lado da missão de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital. Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente. A incorporação e o uso de tecnologias implicam investimentos e custos elevados, cujo retorno ampliado é obrigatório no hospital lucrativo. Se não o é, como no hospital estatal, nem por isso deixa de reproduzir o capital, posto que, além de sua missão de recuperar a força de trabalho, adoecida, é lugar de venda e consumo de mercadorias, especialmente de um tipo de mercadoria: as tecnologias médicas (...). É essa nova missão, de instituição que reproduz o capital de muitas maneiras, que caracteriza o hospital contemporâneo.”* (Ribeiro, 1993, p.29).

Seguindo essa linha de pensamento, Sant’anna (2001) chama a atenção para a arquitetura e decoração dos hospitais que se tornou semelhante às de hotéis, aeroportos e *shopping centers*, apresentando jardins artificiais, pisos coloridos, quadros, salas de televisão, cabeleireiros lanchonetes.

Ou seja, os tradicionais e típicos templos de consumo da sociedade atual. É comum encontrarmos nas maternidades da cidade de São Paulo diferenças de preços entre os quartos que podem ser *Standard*, ou *Standard luxo* entre outros, como se fosse um hotel. Nas lojas de presente pode-se notar camisetas para recém-nascidos com os dizeres: “eu nasci na maternidade tal”. Nascimento com grife equivale quase a ser batizado para fazer parte da comunidade de consumo, deixar o reino dos desalmados e entrar para o reino dos cristãos.

Penso que, enquanto organização, o hospital atravessa os séculos, adaptando-se às contingências históricas, políticas e econômicas da sociedade ocidental. Os antigos templos religiosos permanecem no tempo, porém transmutados em templos de

consumo. Por um lado, isso propiciou a produção de medicamentos mais baratos e eficientes, comercializados pelo hospital, e em seguida, a produção de equipamentos médicos e materiais descartáveis, fonte inesgotável de comercialização. Por outro, *“uma poderosa indústria se criou com base nesse sistema de venda e consumo de mercadorias. A assistência médico-hospitalar se universaliza, é tornada socialmente obrigatória e progressivamente mais cara.”* (Ribeiro, 1993, p.29). A clientela dos hospitais continua sendo, na maioria, pobres e trabalhadores adoecidos ou acidentados, cujas doenças são reconhecidamente causadas pelo trabalho industrial, o que levou o Estado e empregadores a assumir a assistência, necessidade imperiosa de recuperar o mais rapidamente possível a força de trabalho e devolvê-la ao mercado.

Portanto, essa transformação garante a sobrevivência da organização que, dentro dos limites éticos definidos pela sociedade, cumpre uma função social extremamente relevante. E é preciso falar dos limites éticos porque, apesar da analogia com *shopping centers* ser muito interessante, é preciso ressaltar a diferença que um hospital não vende calças jeans, mas trata do corpo, da saúde e do bem estar dos cidadãos.

Na sociedade atual a *“medicina instrumentalizada e industrial trabalha ideologicamente o imaginário popular, induzindo-o à crença de que todas as doenças podem ser precocemente diagnosticadas e tratadas, e que seus benfazejos recursos tecnológicos são ou devem ser acessíveis a todos. Fá-lo autonomamente, através dos meios de comunicação de massa; clínicos e cirurgiões, especialistas ou não, estão a reboque. Não há mais a necessidade de uma história da doença, com sintomas e sinais que devam ser perqueridos; as novas tecnologias antecipam-na, fazem-na doença antes que se revele; basta a vontade, mais do que a necessidade do consumidor. Vai-se ao laboratório clínico ou de diagnóstico de imagem da mesma forma como se vai à farmácia.”* (Ribeiro, 1993, p.39). No entanto, como em cada indivíduo a doença é diferente e sua revelação permanece indireta, o diagnóstico e tratamento ainda dependem da perspicácia médica.

Porém, os médicos acabam induzidos pela clientela condicionada pela publicidade e pela nova cultura de consumo dessas tecnologias, e acabam por cumprir outro papel e outra racionalidade, integrando-se no processo de consumo e de estímulo da produtividade. Enfim, ajudam os laboratórios a criar consumidores. *“As pessoas, pouco importando se estão ou não doentes, passam a sujeitos induzidos (até certo ponto passivos) de um consumo instrumentalizado pelo médico, também ele objeto e sujeito de*

uma estratégia mercadológica. E o lugar onde essa prática se concretiza com maior desenvoltura é o hospital.” (Ribeiro, 1993, p.40).

Muitos exames revelam anomalias de imagens ou resultados que fogem ao padrão de normalidade sem que o paciente apresente queixa, sintoma ou mal-estar. Mas a anomalia passa a ser uma doença. Mesmo que o médico tranqüilize o paciente e minimize o achado, *“o estereótipo da normalidade já corroeu sua segurança, intranqüilizou-o e criou novas necessidades de medicalização, tornando-o um doente (...) Ele (referindo-se ao médico) é agora, um tecnólogo, o único social e juridicamente creditado a trabalhar o corpo doente ou que se fez doente.”* (Ribeiro, 1993, p.41) Assim, continua o autor, a medicina tornou-se *“uma prática positivista, orgânica, que vê doença em tudo o que é insólito.”* (Ribeiro, 1993, p.42)

Os médicos tentam preservar seu controle sobre procedimentos e prescrições, ainda que o Estado tente limitar o consumo de serviços médico-hospitalares. No entanto, a autonomia de prescrever é preservada, mas os instrumentos de trabalho não mais lhes pertencem. A prática médica fica assim subordinada ao hospital pela imposição técnica de utilização dos meios de trabalho. A instituição hospitalar e sua administração determinam quase tudo dentro do hospital. Mais recentemente, tem sido cada vez mais freqüente a intervenção das seguradoras de saúde na conduta médica, determinando o tempo de estada no hospital, o tipo de procedimento e prescrições a serem realizados.

O autor defende a idéia de que a medicina enquanto trabalho humano não é uma necessidade natural do ser humano. O conceito de doença ganhou uma objetividade que permite fazer da necessidade médica um componente essencial do homem.

Nota-se que, de forma geral, as organizações hospitalares prestam uma assistência técnica e tecnológica aos pacientes, assistência despersonalizada e reprodutora, não apenas do capital e da mão de obra, mas da demanda. A organização hospitalar é um prato cheio para pacientes somatizadores que são os primeiros a perder a tranqüilidade diante de um achado laboratorial, irrelevante do ponto de vista da sua saúde física, mas intensamente terrorífico à sua frágil saúde mental.

4. 2. A inclusão da psiquiatria

“A psiquiatria, já se disse, seria uma espécie de ‘filha bastarda’ da medicina. É verdade tratar-se de uma especialidade que recebeu fortes influências de outras áreas do saber humano, tendo-as incorporado em

suas construções teóricas e nas atividades clínicas. Mais do que outras especialidades médicas, aproximou-se da psicologia, da psicanálise, da formação humanística. Essa realidade mantém uma constante relação de tensão – a meu ver saudável – com a visão e prática médicas tradicionais. Entretanto, há o lado, digamos negativo, deste confronto. Os médicos podem reativamente – e isto é freqüente – comportar-se com atitudes de inúmeras restrições para com os psiquiatras. Estes, por sua vez, podem defender-se, considerando-os muito ‘técnicos’ e também se afastam. A Ciência perde com isso. A população e a saúde também.” (Turato, 1997)

A psiquiatria nem sempre fez parte, enquanto especialidade médica, das organizações hospitalares. Conforme detalhadamente descrito no primeiro capítulo do presente trabalho, até a Idade Média os doentes mentais vagavam pelas cidades e campos sem que isso representasse um problema social, sendo internados em prisões comuns ou hospitais gerais apenas quando se tornavam violentos ou inconvenientes. Vale lembrar que o hospital geral tinha uma função diferente da atual, pois era uma espécie de instrumento de exclusão para pobres, do qual os médicos pouco participavam (Botega, 1997). Entre os séculos XVI e XVIII desenvolve-se um processo intenso de enclausuramento e exclusão dos doentes mentais em instituições que não discriminavam doença mental de criminalidade. A partir da revolução burguesa, no final do século XVIII e início do XIX os doentes mentais são separados dos criminosos. Desde então, o século XX trata, por um lado, os doentes mentais segundo o modelo asilar e segregador e, por outro, tenta desenvolver terapêuticas alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional. Vale lembrar que as descobertas de Freud e Pavlov no século XX, assim como o movimento psicossomático - todos preocupados em estabelecer relações entre o psíquico, o social e o biológico - tiveram impacto na prática médica, contribuindo para a entrada da psiquiatria no hospital geral (Botega, 1997).

Assim, em 1902 surge a primeira unidade psiquiátrica no hospital geral, em Nova Iorque, sendo que após a Segunda Grande Guerra houve um crescimento de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Essa mudança se deve à conquista dos cidadãos pela construção de uma rede de proteção e inclusão social, o *Welfare State*, além do desenvolvimento tecnológico de tratamentos biológicos eficazes e surgimento de atividades de reabilitação psicossocial. Desta maneira, o doente mental e a psiquiatria voltam a fazer parte da medicina. Por unidade psiquiátrica em hospital geral entenda-se um “conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral” (Lucchesi & Malik, 2009).

No Brasil, o modelo assistencial psiquiátrico centra-se no hospital psiquiátrico tradicional privado. Em 1954 foi criada a primeira unidade psiquiátrica no Hospital das Clínicas da universidade da Bahia. Atualmente, as unidades psiquiátricas em hospital geral são mais freqüentes ou quase exclusivas em hospitais ligados a universidades. Essas unidades podem contar tanto com uma enfermaria específica destinada à internação de pacientes psiquiátricos, quanto com o serviço de interconsultas, que propicia a presença do profissional de saúde mental em outras enfermarias do hospital de forma episódica, quando solicitado a avaliar um paciente, ou contínua quando é um membro efetivo da equipe médica (Botega, 1997).

Se por um lado, a entrada da psiquiatria no hospital promoveu um contato com aspectos psíquicos da doença para os médicos e pacientes assim como uma adaptação da própria psiquiatria ao ambiente hospitalar, por outro lado, isso não ocorre sem dificuldades. *“A entrada de profissionais e da prática da saúde mental para o interior do hospital geral, pode ocasionar uma relação tensa, em que dois modelos assistenciais podem enriquecer-se, mas podem também entrar em conflito, competindo pela hegemonia teórica e prática das ações de saúde”* (Botega, 1997, p. 59).

Diante dessa tensão e perigo de desintegração a psiquiatria corre o risco de moldar-se segundo o modelo médico, assumindo uma postura científica objetiva e positivista. Assim médicos e profissionais de saúde mental deparam-se com uma redefinição de papéis e de identidade profissional. O psiquiatra acostumado a lidar com patologias mentais, com o risco da morte psíquica, depara-se com doenças orgânicas, com o risco da morte concreta, o que reacende ansiedades hipocondríacas, *“tão freqüentes entre médicos”* (Botega, 1997, p. 64). Em linhas gerais, o papel e função da psiquiatria no hospital permanecem um tanto indefinidos, o que dificulta a comunicação e relacionamento com as outras especialidades.

Botega (2006, p.82) tenta traçar um perfil da imagem que o médico tem do psiquiatra, sendo que as críticas mais comuns em relação ao psiquiatra são:

1. A atuação do psiquiatra muitas vezes reforça a cisão mente-corpo.
2. Os psiquiatras são muito teóricos. Formulam belos diagnósticos, mas fazem muito pouco pelos pacientes.
3. O tratamento psiquiátrico demonstra baixa resolutividade. Além de internações e medicamentos, não se oferece soluções para problemas leves e moderados que o médico atende em seu dia a dia.

4. O acesso é difícil. O psiquiatra deveria estar mais disponível diante do 'caráter de urgência' de muitos encaminhamentos.
5. O paciente é visto uma ou duas vezes pela interconsulta e não é mais acompanhado.
6. O psiquiatra usa medicamentos em demasia.
7. Não informa sobre o resultado de sua avaliação e sobre a evolução dos pacientes a ele encaminhados. Seu silêncio é visto como arrogância e descompromisso.
8. Usa uma linguagem hermética. Os médicos não vêem o psiquiatra esforçando-se para se comunicar livre de jargão e de rebuscamento teórico.
9. Referindo-se à prática privada, muitos reclamaram dos preços das psicoterapias, o que impede o encaminhamento.

A demanda por serviços psiquiátricos num hospital geral é grande. Segundo Lipowski (Lipowski, 1967 *apud* Botega, 1997)³⁰ a 60% dos pacientes internados no hospital geral e 50 a 60% dos pacientes ambulatoriais apresentam transtornos psiquiátricos que mereceriam atenção especializada. Dentre eles destacam-se apresentação psicológica de uma doença orgânica, complicações psiquiátricas de doenças orgânicas, reações psicológicas a doenças orgânicas, apresentação somática de distúrbios psiquiátricos, complicações somáticas de distúrbios psiquiátricos e distúrbios classicamente denominados psicossomáticos. Sendo que dentre os pacientes que apresentam um distúrbio mental apenas um em cada cinco é atendido pelo psiquiatra (Botega, 1997, P.69).

Autores nacionais (Bombana, 2006; Ávila, 2007; Botega, 2006; Cavalcanti, 2001; Cruz, 2003) mencionam os altos índices de procura por serviços médicos (80% das consultas, segundo Ávila, 2007), inclusive primários, por causa de dores no peito, cansaço, lombalgia, tonturas, sem que se encontre causa orgânica para tais afecções. Entretanto, esses dados sempre fazem referência a estudos estatísticos realizados no exterior. Os autores brasileiros reconhecem o problema no âmbito nacional, deparam-se freqüentemente com esse tipo de paciente, mas não temos estudos quantitativos que revelem a real dimensão do problema. De qualquer forma, um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, em 1997, detectou prevalência global para transtorno de somatização de 19,7% (Bombana, 2002).

De tal forma que a entrada da psiquiatria nos hospitais modernos passa a exigir dos médicos outra missão, além das já mencionadas alhures, que é missão de perceber e lidar com os aspectos psíquicos dos pacientes, principalmente nessa interface imposta por pacientes cuja sintomatologia estabelece uma ponte entre questões orgânicas e psíquicas. O imaginário desses pacientes é, talvez, o nicho de mercado mais atingido pela propaganda promovida pela indústria criada em torno da medicina, de que tudo pode ser prevenido, diagnosticado e tratado, qualquer mal estar natural da vida e do dia a dia pode ser medicado e eliminado. Por sua característica hipocondríaca, tais pacientes compram facilmente a crença de que estão a salvo pelo poder da medicina e dos médicos. E ao deparar-se com a realidade da nossa avançada, porém também limitada tecnologia e tratamentos, sentem-se traídos e enganados. E acabam denunciando isso aos quatro ventos. Muitas vezes, ao atender esses pacientes no Programa de Assistência e Estudo de Somatização, (ambulatório do Departamento de psiquiatria do Hospital São Paulo), sinto-me como se trabalhasse no PROCON atendendo a queixa de consumidores insatisfeitos com o atendimento da organização.

4.3. O Hospital São Paulo e as missões dos hospitais da atualidade.

“O Hospital São Paulo (HSP) é um hospital universitário geral, porte especial, de tratamento de doenças de alta complexidade, que atende diariamente mais de 4.500 paciente-ambulatoriais e 1.200 Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento (...) Contando com 743 leitos (...)

Ao lado desta intensa atividade assistencial, destaca-se pela vasta produção científica, que o qualifica, no cenário nacional e internacional, como uma instituição séria e de excelência.

Tendo como missão a prestação de assistência à saúde à população brasileira através do Sistema Único de Saúde, o HSP também destaca-se pelo desenvolvimento de pesquisas clínicas e a formação de recursos humanos imprescindíveis para a qualidade do próprio SUS.

O Hospital São Paulo é campo de ensino e treinamento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) colaborando para a formação e capacitação de profissionais de saúde(...)

A Política Nacional de Humanização desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, propõe mudanças no modelo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e convoca gestores, trabalhadores e usuários. A fim de humanizar todas as diferentes instâncias do SUS, tal política defende a descentralização da atenção e ações gestoras do SUS.

Segundo o MS, o SUS enfrenta hoje dificuldades nas relações entre os diferentes profissionais de saúde, bem como a sua formação e qualificação, dificuldades na rede assistencial, na burocratização e verticalização do sistema público de saúde, no

desrespeito aos direitos dos usuários e, entre outras, no modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Diante dos problemas e dificuldades do sistema público de saúde associado a política do MS, a diretoria do Hospital São Paulo (HSP) criou o Grupo de Trabalho de Humanização do HSP/UNIFESP (GTH), responsável pelas mudanças de atitudes dos profissionais do HSP, por meio de projetos, e que a curto prazo, poderão contribuir com a humanização do sistema público de saúde.” (Dados extraídos do site do Hospital São Paulo disponíveis no endereço <http://www.unifesp.br/spdm/hsp/historia.php>.)

De acordo com esses dados do Hospital São Paulo, encontramos no discurso da organização, divulgado por seu site, algumas missões já muito bem definidas. A organização assume a missão de prestar assistência à população brasileira através do SUS, a missão de desenvolver pesquisas clínicas e científicas, a missão de formar e capacitar profissionais de saúde, além de seguir a Política Nacional de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde em 2004. Sendo que a organização define humanizar a assistência como a inclusão de valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas de cada indivíduo. A relação com o paciente requer uma forma acolhedora e integral enfatizando a sua autonomia e a sua co-responsabilidade no tratamento. Isso pressupõe, segundo a organização, mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão.

A humanização do contato entre profissional da saúde e paciente, tal como a organização define, requer do profissional de saúde uma capacitação muito ampla e profunda. Capacitação que os psiquiatras e psicólogos passam a vida estudando para conquistar. Para mencionar algumas das competências necessárias para que se cumpra a missão exigida da organização, o profissional deve avaliar o estado psíquico e emocional do paciente e acolher esse estado da forma menos reativa possível; escutar os pacientes e conseguir separar-se dos próprios sentimentos e valores para, numa relação empática, entrar no universo do sujeito e considerar verdadeiramente seu ponto de vista; e respeitar suas escolhas, mesmo que a escolha seja morrer a enfrentar algum tratamento altamente agressivo e invasivo. No caso dos pacientes somatizadores, por exemplo, o médico ou profissional de saúde, deve ser capaz de perceber e diagnosticar a angústia hipocondríaca que se manifesta por esse medo imaginário de adoecer e pela crença de que o médico com todo seu aparato tecnológico serão capazes de curar. Além de discernir claramente o que é propaganda da indústria farmacêutica e tecnológica e o que é de fato remédio para as moléstias da população.

É possível desenvolver tais habilidades, e isso vale não apenas para médicos, mas para profissionais de saúde de uma forma geral. Mas a organização deve investir na formação de profissionais assim capacitados. E, principalmente, organizar o trabalho de forma a permitir esse tipo de abordagem ao pacientes/sujeitos, conforme o próprio discurso da organização que afirma a necessidade de mudanças na gestão.

Um estudo de caso mais recentemente publicado revela que a implantação de uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral Universitário em Taubaté encontrou resistência não no estigma a pacientes psiquiátricos, como hipotetizaram os autores num primeiro momento da pesquisa, mas numa “*postura deliberadamente passiva do órgão gestor*” que não estabeleceu uma política indutora para a criação da rede alternativa em saúde mental. (Lucchesi & Malik, 2009).

Seja como for, parece que a presença da psiquiatria no hospital geral, pelos valores da formação humanística apontados por Turato (1997), por um lado remete à humanização da assistência, que requer medidas da gestão hospitalar para serem efetivamente instituídas; por outro lado inclui a psiquiatria na linha de produção farmacêutica e tecnológica, o que tem o mérito de desenvolver tratamentos mais eficazes para muitas patologias, e o demérito de manter e talvez ampliar no imaginário social a exigência de bem estar e felicidade plenos e milagrosos, tão caros à civilização atual. Quando o Prozac foi divulgado pela Revista Veja no final da década de 80, como a “pílula da felicidade” quantos colegas psiquiatras não comentaram que os pacientes chegavam a seus consultórios com a revista embaixo do braço pedindo uma prescrição de bem estar?! Suponho que o Xenical e Viagra tenham causado rebulícios semelhantes.

Chama a atenção ainda nesse discurso disponível no site da organização Hospital São Paulo, o fato de não haver nenhuma referência à missão de lidar com a morte, descrita por Ribeiro (1993) como uma dentre as missões dos hospitais modernos.

4. 4. A gestão dos conflitos entre assistência, ensino, pesquisa e administração.

Penso que não é tarefa fácil ao setor administrativo de uma organização hospitalar como o Hospital São Paulo conciliar o cumprimento das missões de assistência humanizada, pesquisa e ensino. Vejamos que forças entram nesse jogo.

Generalizando, Ribeiro (1993) afirma que dois terços da força de trabalho do hospital constituem-se pelo pessoal de apoio administrativo e dos serviços de infra-

estrutura. O terço restante fica na linha de frente junto aos pacientes, sendo constituído por médicos, enfermeiros, serviços auxiliares de diagnósticos e terapia. Os profissionais “cuidadores”, como descreve Pitta (1996), são na grande maioria mulheres solteiras, brancas, com idade entre 25 e 40 anos, tendo cursado até o colegial. Trabalham de dez a doze horas por dia por uma renda de até dois salários mínimos.

O setor administrativo não lida diretamente com os pacientes e seu trabalho vem sendo dividido e organizado, automatizado e “terceirizado” dentro da lógica de produção industrial, o que baixa seus custos. O setor médico, apesar do salto tecnológico, não acelera a produção, ao contrário, aprofunda, especializa e qualifica o profissional a um custo elevado.

Neste sentido, Carapinheiro (1991) chama a atenção para as tensões existentes entre o poder médico e o poder administrativo nas organizações hospitalares. A autora sugere a possibilidade de entender o poder do médico no hospital como um poder disciplinar, dizendo que no processo de profissionalização médica evidenciam-se estratégias de exclusão de outros profissionais para a construção de monopólios de saberes e competências atribuídas exclusivamente aos médicos. Este capital técnico e científico acumulado apenas pelos médicos transforma-se num capital simbólico, que na relação com o paciente significa uma autoridade moral e social indiscutível. Na estrutura hospitalar esse capital simbólico reflete-se nas relações hierárquicas, nas tomadas de decisão e na política que acaba por reforçar e manter o estabelecido, aumentar a autoridade e prestígio médicos. O que por si só já é suficiente para dificultar o trabalho de humanização da assistência.

Esta divisão hierárquica está presente de diversas formas no complexo UNIFESP-EPM e Hospital São Paulo. Por exemplo, costuma-se dividir as classes profissionais entre “médicos” e “não-médicos”, nomeação que por si só já determina uma hierarquia uma vez que os médicos são definidos por aquilo que são, e os outros profissionais identificam-se pelo negativo, por aquilo que não são. Outro fato bastante ilustrativo é que quando entrei no curso de especialização de Psicologia da Saúde do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, em 1997, lembro que no departamento havia dois banheiros, sendo que na porta de um deles lia-se uma placa onde estava escrito “médicos” e na porta do outro banheiro não havia nenhuma placa. Felizmente, hoje o departamento mudou de prédio e os banheiros são divididos entre masculinos e femininos.

Num hospital universitário, segue Carapinheiro, *“pela singular simbiose que se estabelece entre as atividades clínicas da carreira hospitalar e as atividades pedagógicas e científicas da carreira universitária, os médicos deste serviço dispõem da possibilidade de transitar entre as duas carreiras. No entanto, as competências científicas assim adquiridas apenas são capitalizadas em poder universitário quando associadas à construção de disposições científicas que, uma vez reconhecidas pelos professores universitários que lideram as estruturas de investigação e de ensino permitem a participação no modo de produção e reprodução do saber da medicina acadêmica, via real de ascensão ao topo da hierarquia de postos universitários.”* (Carapinheiro, 1991, p.86). A autora aponta para o contraste entre as múltiplas formas assumidas pelo poder médico no hospital e a forma exclusivamente técnico-econômica do poder administrativo, contraste refletido nas relações que se estabelecem entre a racionalidade médica e a racionalidade de gestão na definição das políticas hospitalares. E conclui que o modelo da racionalidade organizacional submete-se ao modelo da racionalidade médica, deixando de seguir objetivos da lógica técnico-administrativa para assumir a lógica médica-científica.

Essa discussão remete à outra discussão bastante polêmica referente à proletarização dos médicos. Há autores que defendem que os médicos, e outros profissionais liberais, se tornaram assalariados de grandes hospitais ou de empresas de prestação de serviços de saúde perdendo sua autonomia no contato e conduta com os clientes – e não mais pacientes – sujeitando-se a regras e regulamentos e padrões de rentabilidade burocráticos e administrativos. E há os que defendem que esses profissionais tendem a exercer cada vez mais posições burocráticas elevadas que determinam o que é saúde, o que é doença, mantendo o controle sobre esferas fundamentais do saber e do poder que este confere dentro de uma organização hospitalar (Diniz, 1998).

O que podemos derivar dessas discussões e análises apresentadas por Ribeiro, Carapinheiro e Diniz, é que existe uma tensão, um jogo de forças provenientes de diversas instituições, que se materializam no cotidiano hospitalar, muitas vezes em forma de conflito ou confusão de papéis e funções. O que interessa aqui é mostrar que - da mesma forma como o demonstrei no capítulo anterior que a organização universitária sofre um atravessamento de uma pluralidade de instituições - a organização hospitalar também é perpassada por diversos valores instituintes (os valores de que são portadoras as instituições distinguem-se dos sistemas que lhes dão forma, as organizações.) os aos

quais ela atualiza e dá forma (Rouchy e Desroche, 2005). Estes valores instituintes provêm de instituições tais como a Educação Médica, a Tecnologia Biomédica, a Biologia, a Economia, a Sociologia, a Psiquiatria, a Administração, a Psicologia, os Sindicatos, Ciência Política, etc. Os valores instituintes “*não têm forma e tomam forma em sistemas organizados.*” (Rouchy e Desroche, 2005, p.26).

De tal forma que uma equipe de profissionais da saúde assume, não apenas uma função médica, psicológica ou social, mas responde também a valores de gestão financeira, valores morais, valores de ordem social, da prática médica, valores de uma concepção de vida e de morte, de tratamento de saúde, de doença, enfim, que dão forma e sentido à tarefa. Por serem muito diversos e diferentes, esses valores são fonte em primeiro lugar de vivências psicóticas. Rouchy utiliza um termo bastante preciso, ele diz: “*as organizações são perpassadas e fundadas por uma pluralidade de instituições...*” (Rouchy e Desroche, 2005, p.25). No cotidiano organizacional é comum algum profissional dirigir-se a você com um olhar que “perpassa” a sua pessoa, é como se o colega olhasse através de você, como um paciente psicótico o faz. O colega não fala com você, sujeito singular, mas com o papel ou com os valores que você representa na instituição. Não quero com isso diagnosticar as pessoas que trabalham na organização, e nem chamar ninguém de psicótico. Trata-se de uma questão inerente ao funcionamento organizacional ao qual todos nós acabamos submetidos. De qualquer maneira trata-se de uma experiência de grande estranhamento, sentir que alguém está falando com você, mas seu discurso é direcionado a alguma entidade que perpassa você e na qual você não se reconhece.

Em segundo lugar, os valores instituintes são fonte permanente de conflitos e contradições dentro dos sistemas organizacionais. Tais conflitos podem abrir para a reflexão e reequilíbrio dos valores até então fixados – fato ocorrido no exemplo descrito sobre o grupo de professores (item 3.6, capítulo 3) que, tomando consciência de pelo menos parte dos valores instituintes que determinavam a forma e o conteúdo de sua tarefa, repensaram e reequilibraram os valores latentes presentes nos roteiros das anamneses – ou fixarem-se em rituais estáticos e paralisantes.

Como gerir uma organização perpassada por tamanha diversidade de valores e missões? Como conciliar o desenvolvimento científico e tecnológico cuja organização se dá – e talvez não haja outra forma de ser tão eficiente - através de segmentação e fragmentação em subunidades cada vez menores, com uma assistência humanizada que requer uma visão integral do ser humano? Como formar e habilitar profissionais

humanos e humanizados dentro de uma divisão de trabalho que funciona por rodízios – o residente, responsável pela maior parte dos atendimentos na organização, passa três meses num setor, três meses em outro - de tal forma que o profissional não atende o mesmo paciente duas vezes? No capítulo 6 detalharei com mais pormenores a organização do trabalho dos residentes.

Observando os prontuários dos pacientes, em algumas visitas que fiz ao Hospital São Paulo, para colher material para esta tese, encontrei na folha de evolução clínica utilizada pelos profissionais para descrever história clínica e condutas relativas aos pacientes, folha que será arquivada no prontuário do paciente, uma nota de rodapé com a seguinte orientação: “*As anotações devem ser objetivas, destacando razões para estabelecimento de condutas clínicas ou cirúrgicas, resultados de exames chaves e considerações realizadas pelo preceptor ou visita médica*”. Este artefato organizacional transmite uma mensagem ao profissional absolutamente incoerente à missão da humanização. Mesmo os prontuários eletrônicos recém implantados nos serviços do Hospital São Paulo não contêm nem uma linha para que se descreva o estado psíquico e emocional dos pacientes, ou qualquer dado da sua história de vida e contexto social. Encontram-se sim espaços previamente destinados à descrição minimamente detalhada dos sinais e sintomas das doenças, em forma de *check list*, que parecem ser muito adequados às pesquisas científicas e tecnológicas, mas pouco ou nada favoráveis a um “*contato humano e acolhedor*” com os pacientes, como dita a organização.

A própria psiquiatria, cuja enfermaria foi instalada no hospital geral em 1982, acaba sendo dividida em ambulatórios específicos de acordo com cada patologia classificada no CID e DSM. Existe, por vezes, mais de um serviço para tratar do mesmo tipo de patologia, sendo que alguns serviços prezam mais os aspectos psíquicos das doenças, relacionados à psicodinâmica, e outros os aspectos orgânicos, relacionados à neurociência, numa cisão institucional que divulga e publica artigos que provam e comprovam que a maior eficácia dos tratamentos para diversas patologias são os que combinam tratamento medicamentoso e psicoterapia.

Como gerir, de forma humana, interesses e filosofias tão distintas?

4. 5. Os profissionais e a organização do trabalho

“Cada um tem uma requisição diferente. Por exemplo, do ponto de vista do hospital, acho que ele espera do residente, por pior que seja inicialmente, que você tenha um

empenho, que você saiba usufruir adequadamente do que hospital dispõe. E com uma racionalidade. Porém os recursos do SUS são finitos. E a necessidade da população é infinita. Do ponto de vista do Hospital, eu acho que a coisa mais importante é a racionalidade. Pro paciente, ele quer o melhor pra ele, e eu acho que o melhor pra ele, no contexto dele é melhorar, e você se empenhar em proporcionar isso. Você dá uma ajuda não só não só no sentido médico, mas no sentido até psicológico, vamos dizer assim. Uma palavra, às vezes uma palavra é também tratamento. Na psiquiatria é bem visível isso. Eu acho que o paciente precisa muito de uma palavra. Do ponto de vista do residente, acho que a necessidade e a vontade do residente é a questão do aprendizado. Eu acho que tudo isso pode ser englobado numa situação só que é você se dedicar e estudar o seu paciente, que daí você, no final das contas, está ajudando a todos. Que é..no hospital você vai estar usando os recursos com racionalidade, com o paciente você vai estar fazendo o melhor e para você, se você estuda aquilo ali, você está ajudado também a você em relação a aprendizagem. Acho que é mais ou menos isso. (...) o que deixa assim, que termina deixando a gente estressado, além da gravidade dos pacientes que internam, é a dificuldade, por exemplo, do dia a dia pra conseguir as coisas, tipo um oxímetro, um desfibrilador (...) Mesmo os ambulatórios são muito pesados, eu fico até nove horas da noite, e no fim do dia eu estou acabado e não sei se eu consegui aprender tanta coisa. Lógico, eu vivenciei tudo...Mas eu preciso também estudar.”

Relato de um residente da UNIFESP/HSP

Como ficam os médicos diante das diversas missões propostas pela organização? Como administrar os diversos valores instituintes, muitas vezes conflitantes e contraditórios? A fala do residente acima descrita ilustra o mal estar dos profissionais diante de “requisições” tão diversas e a imagem que desperta é a de um malabarista.

Em primeiro lugar, é preciso apresentar o fato de que o Hospital São Paulo vem, segundo integrantes de sua administração, buscando alguma autonomia administrativa em relação à Universidade Federal de São Paulo. Atualmente, a reitoria da universidade e a presidência da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, organização social criada em 1933, com fins filantrópicos, que mantém e gerencia o Hospital São Paulo além de outros serviços públicos de saúde) são cargos distintos, ocupados por diferentes pessoas. Esta separação permite ao hospital, além de atender as demandas da academia, explicitar suas próprias demandas e necessidades.

Exemplifica esse tópico através da contratação dos médicos que trabalham nas dependências do hospital. Os tipos de vínculo que o médico que atende no hospital tem com a organização podem ser divididos em: residente, pós – graduando, médico contratado do corpo clínico do hospital, professor concursado da Escola Paulista de Medicina. Sendo que a administração hospitalar seleciona seus marceneiros, auxiliar de administração, auxiliar de cozinha, etc., mas não seleciona seus médicos. Para tanto, o hospital se vale da academia, que teria maior condição técnica de seleção de seus

membros. De tal forma que o hospital não controla o tipo de profissional médico que irá prestar serviço a seus clientes.

Ocorre que grande parte dos processos correntes na ouvidoria do hospital, por parte dos pacientes, inclui reclamações referentes a um mau atendimento no sentido humano, da relação estabelecida entre o médico e seu paciente. O hospital disponibiliza suas dependências para que os médicos, selecionados pela universidade, aprendam e prestem assistência a seus pacientes e precisa garantir algum padrão no serviço prestado.

Neste sentido, o hospital vem buscando meios de se posicionar enquanto organização autônoma, através de algumas medidas administrativas que garantam a humanização dos atendimentos. Tais medidas vêm sendo tomadas, ou ao menos discutidas nos conselhos do curso de graduação, dos cursos de extensão e de residência. Quanto aos cursos de pós-graduação, a administração do hospital imprime menos ênfase uma vez que, segundo um membro entrevistado no hospital, *“o programa de pós-graduação é absolutamente independente inclusive das próprias disciplinas”*. Isso traz uma grande dificuldade à organização, uma vez que os pós-graduando, em geral, supervisionam o trabalho exercido pelos residentes e acabam imprimindo ou não a humanização na assistência. Exploraremos esse tópico com mais detalhes no capítulo 6.

Para ilustrar como essas medidas vêm sendo instituídas, hoje integrantes da diretoria do Hospital São Paulo participam do COREME, Comissão de Residência Médica e Estágio, que organiza a seleção dos residentes ingressantes na organização universitária e hospitalar. Assim, o hospital garante - tanto quanto um processo seletivo permite garantir - que os candidatos à residência passem por um processo de seleção que seja compatível com as missões estabelecidas pelo seu conselho gestor. O processo seletivo é composto por provas teóricas e práticas específicas da especialidade almejada pelo candidato, entrevistas e análise de currículo, mas também conta com provas teóricas e avaliação prática de Psicologia Médica. Todos os candidatos de todas as especialidades passam por essas provas, sendo que na teórica avalia-se o conhecimento sobre conteúdos da disciplina de psicologia Médica e na prática avalia-se como o candidato se porta diante de um paciente durante a simulação de uma consulta. Essa avaliação inclui aspectos de como o candidato trata o paciente, se é educado e acolhedor, se o chama pelo nome, como dá a notícia de uma doença, como lida com a reação do paciente frente à notícia, etc. Enfim, diferentemente da organização e distribuição do trabalho – fragmentado em sub-especialidades, num sistema de rodízios

que não permite que o mesmo residente atenda o mesmo paciente duas vezes, impedindo assim um vínculo de confiança e uma assistência humanizada-, o processo seletivo é coerente com as missões da organização que requerem conhecimento técnico e científico de seus membros, primam pela formação dos profissionais e valorizam o aspecto humano da relação com o paciente. Ainda que o processo possa sofrer falhas, cuidar para que os novos membros ingressantes na organização tragam em sua bagagem valores semelhantes com os da organização, obviamente facilita sua adaptação ao novo grupo de trabalho.

No entanto, ingressando na organização e apropriando-se do trabalho propriamente dito, o calouro depara-se com uma organização do trabalho, conforme mencionado no item anterior, cujas contradições internas podem gerar conflitos intrapsíquicos e interpessoais, conforme ilustra o depoimento do residente acima citado.

De modo geral a residência divide o tempo de trabalho e aprendizado dos membros ingressantes de forma que o residente passe alguns meses na enfermaria da sua especialidade, e o restante nos ambulatórios específicos, por exemplo, na reumatologia, alguns meses no ambulatório de lúpus, outros meses no ambulatório de fibromialgia e assim por diante. Outra parte do tempo dos residentes é destinada a aulas e discussões teóricas.

Tanto nas enfermarias quanto nos ambulatórios o trabalho dos residentes é supervisionado de maneira que a decisão pelo tratamento a ser prescrito é do preceptor e não do residente. Entretanto, nas enfermarias os residentes ficam e sentem-se mais sozinhos, por pelo menos dois motivos. Primeiro, os pacientes internados num hospital que atende casos muito graves, costumam gerar muito mais dúvidas quanto a que procedimentos tomar, principalmente quando se trata de emergências. O grau de angústia e sofrimento que isso desperta nos residentes é explícito na sua comunicação verbal e não-verbal. E em segundo lugar, o responsável pela supervisão de seu trabalho fica à disposição, mas normalmente à distância, pelo celular, sendo que em momentos de emergência o residente tem que tomar decisões por conta própria. Nos ambulatórios, num primeiro momento o residente entrevista o paciente coletando as informações sobre os sinais e sintomas da queixa ou da doença, sai da sala, discute com seu supervisor, ou muitas vezes o supervisor vem até a sala de atendimento e discute com o residente na frente do paciente, e decide-se a conduta a ser tomada. O residente sente-se assim mais respaldado pela instituição durante sua passagem pelos ambulatórios do que quando passa pelas enfermarias.

Retomando a primeira missão da organização hospitalar definida por Ribeiro (1993) e presente no Hospital São Paulo, cabe ao médico tratar e recuperar os pacientes adoecidos, incorporando a tecnologia e cientificismo da medicina. Ora, o desenvolvimento da tecnologia e da ciência médica tem se realizado a partir da superespecialização da medicina, do modelo biomédico que observa e trata o órgão e não a pessoa, do já descrito “especialismo”, que fragmenta o corpo sendo que o especialista perde a visão do todo. E cabe aqui fazer uma distinção entre segmentar e fragmentar, pois se poderia segmentar o objeto de estudo por que de fato isso permite aprofundar o conhecimento sobre ele, sem necessariamente fragmentá-lo.

Seja como for, essa missão não entra em conflito com a segunda missão que é a de formar profissionais técnica e cientificamente bem preparados e qualificados, apesar das queixas dos residentes da falta de tempo para estudar. No entanto, nos ambulatórios, que são específicos para cada patologia apresentada, o residente passa alguns meses, aprende sobre as especificidades da patologia, mas não tem a chance, ou raramente tem a chance de atender o mesmo paciente duas vezes, conhecer sua história, seu contexto psicossocial e criar um vínculo de confiança mútua. Os preceptores são membros mais fixos na organização e normalmente conhecem os pacientes, pois os acompanham de forma mais longitudinal. Apesar de não registrar por escrito os dados sobre o contexto psicossocial dos pacientes, alguns desses preceptores contam, verbalmente, a história e a dinâmica psíquica do paciente para os residentes. Mas isso não é protocolo da organização hospitalar, depende da vontade e disponibilidade de cada preceptor.

Essa organização do trabalho nos ambulatórios que cumpre, ou pelo menos favorece que se cumpra a missão de desenvolver pesquisa e tecnologia, entra em conflito com a missão de humanização da assistência. Cabe aqui distinguir que, na psiquiatria existe uma preocupação com o acompanhamento dos pacientes mais longitudinalmente junto aos pacientes, sendo que alguns pacientes são atendidos durante os dois anos de residência, pelo mesmo residente, seja pacientes clínicos, seja pacientes psicoterápicos.

Nas enfermarias, como o residente passa alguns meses e os pacientes ficam internados por alguns dias, recebendo visitas de seus familiares, o profissional tem uma possibilidade maior de tornar o contato mais humanizado para ambos. Novamente, esses dados não ficam registrados por escrito nos prontuários dos pacientes, não sendo protocolo da organização hospitalar.

Para exemplificar como a divisão do trabalho favorece a pesquisa em detrimento da assistência humanizada, recentemente a colega Ana Cecília Lucchesi, professora de Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, comentou que seus alunos do internato atenderam uma paciente que se queixava dos atendimentos, pois um médico encaminhou-a a um especialista de mama, mas a secretária que a orientou onde ficava a unidade especializada em mama leu no papel do encaminhamento a palavra mioma e a direcionou para a unidade errada. Até que finalmente a paciente foi atendida e ao solicitar ao médico uma prescrição de anticoncepcional ele respondeu que ela deveria procurar outro especialista que pudesse ajudá-la nesse aspecto. Esse é um dos inúmeros casos que vivemos diariamente na instituição e que sugerem uma divisão do trabalho não pautado pelos valores e diretrizes de humanização da assistência, mas pela exigência de desenvolvimento e pesquisa científica e tecnológica superespecializada.

A fala do residente, acima transcrita, ilustra como o profissional se sente diante das exigências da organização hospitalar, das exigências dos pacientes e dos próprios e legítimos interesses. O profissional tem que otimizar a finitude dos recursos da organização, sendo que dentre esses recursos ele cita explicitamente os instrumentos de trabalho (oxímetro, desfibrilador), mas indiretamente revela que os recursos humanos são escassos, uma vez que fica até nove horas da noite no ambulatório; conciliar essa otimização com a infinidade de demandas do paciente que vem amplificada pelo imaginário social supracitado de que tudo pode ser diagnosticado e tratado; e, por fim, o profissional deve ainda defender seus interesses como aprendiz da prática e da pesquisa médica, para que sua residência não se transforme apenas em prestação de serviço ritualizado e autômato.

Menzies (1988) descreve um trabalho realizado num hospital-escola com enfermeiros que solicitou o desenvolvimento de novos métodos de organização do trabalho das enfermeiras, cujo índice de evasão era muito elevado. O trabalho ilustra como os conflitos e contradições inerentes ao sistema organizacional hospitalar podem paralisar a tarefa fixando-se em rituais estáticos, ou seja, rituais que desumanizam a tarefa. As enfermeiras confrontam-se regularmente com a ameaça do sofrimento e da morte e desenvolvem alguns mecanismos de defesa para lidar com as angústias despertadas pela tarefa. O primeiro deles seria uma cisão na relação enfermeiro-paciente, ou seja, o serviço das enfermeiras é dividido em uma lista de tarefas sendo que cada enfermeira realize uma ou poucas dessas tarefas com um grande número de pacientes o que restringe seu contato. Essa divisão previne o profissional de um efetivo

contato com a totalidade do paciente e sua doença, protegendo o enfermeiro da ansiedade que é naturalmente despertada nessas circunstâncias. O segundo mecanismo de defesa seria a despersonalização, categorização e negação do significado (ou significação) do individual, realizados através de um sistema de lista de tarefas que, reforçado por outros sistemas, inibem o desenvolvimento de uma relação completa entre enfermeiro e paciente e sua conseqüente ansiedade. Por exemplo, os enfermeiros freqüentemente se referem aos pacientes, não pelos nomes, mas pelo número do leito ou pela doença: “a pneumonia do leito 15”. Outro mecanismo de defesa socialmente estruturado é a separação (desapego) e negação de sentimentos, ou seja, qualquer profissional que comece uma profissão que envolve lidar com pessoas precisa desenvolver um adequado “desapego” profissional o que tem por objetivo a não ligação afetiva entre o profissional e seu paciente. Por exemplo, os rodízios de uma unidade a outra, ou até de um hospital a outro, principalmente entre os estudantes que devem aprender a não se apegar demais aos pacientes. Os estudantes sofrem mais severamente o estresse emocional e reclamam que seus superiores não compreendem e não ajudam. Os superiores, por sua vez, demonstram compreensão e cumplicidade, lembrando inclusive de fatos de sua época de estudantes, mas não conseguem lidar com as situações de estresse dos estudantes de outra forma que não repreensiva.

Outro mecanismo, seria o esforço em eliminar decisões através de um ritual de tarefa-performance. A fim de poupar a equipe da ansiedade de tomar decisões das quais a vida e o bem-estar dos pacientes dependem, o serviço de enfermagem esforça-se para minimizar o número de decisões a serem tomadas, por exemplo, através da lista de tarefas com instruções precisas e por vezes desnecessárias que deve ser cumprida quase como um ritual. Não se incentiva os estudantes a tomarem iniciativas, desencorajando-os de usar sua criatividade. Cria-se ainda, uma obscuridade proposital na distribuição formal de responsabilidade e sistema de papéis o que provê um sistema adicional contra o impacto da responsabilidade específica.

O sistema de treinamento dos estudantes concentra-se em técnicas e não presta atenção a questões de desenvolvimento humano, supervisões ou aulas que abordem o impacto emocional causado pelo contato com pacientes, por exemplo.

O problema neste sistema de defesas é que além de não aliviar a ansiedade primária relacionada à tarefa propriamente dita, o sistema levanta outras ansiedades. Por exemplo, do ponto de vista operacional o serviço de enfermagem é inflexível e enfadonho, o que torna mudanças mais difíceis de realizar, as pessoas tomam decisões

sem sentirem que estão bem informadas para tal o que gera raiva e ansiedade. Assim, elas não usam seu discernimento nas situações, seguem as regras, o que minimiza sua responsabilidade por suas ações. Isso ofende os estudantes que se sentem desvalorizados. Mas, se um paciente morre, como fica a culpa? A defesa nesse caso não é contra qualquer responsabilidade, pois se trata de questões de vida ou morte. O que torna a experiência ainda mais amarga é que são constantemente cobrados a agir com responsabilidade e não lhes é dada a oportunidade. A autora conclui que o termo “responsabilidade” tem outra conotação nesse meio profissional, significando seguir as prescrições e a cartilha. O trabalho de enfermagem não provê gratificação pessoal, no sentido de uma auto-estima boa em relação à tarefa, a relação com o paciente também não propicia satisfação, pois é cindida; o sucesso nunca é pessoal; a gratidão é sempre às enfermeiras. Sucesso e satisfação são dissipados como é a ansiedade. São muito numerosas as enfermeiras e muito móveis. Novamente, a instrução é para cuidar dos pacientes como uma pessoa, sendo que a estrutura não propicia esse tipo de contato tornando o lema impossível de ser cumprido. O relacionamento entre colegas também não traz satisfação, pois é baseado em repressão e crítica, e os rodízios não possibilitam a coesão das equipes. A organização que se dispõe a cuidar e dar suporte a pessoas que estão dependentes, não oferece suporte para seus estudantes de enfermagem.

Nota-se que a UNIFESP-HSP não são os únicos hospitais-escola a apresentar esse tipo de conflito e angústias intrapsíquicos. A UNIFESP se dispõe a cuidar de seus cuidadores oferecendo serviços de atendimento psiquiátrico e psicológico aos alunos da graduação, aos residentes e aos funcionários de modo geral.

Porém, para além das dificuldades psicológicas individuais que o médico possa enfrentar na relação com o paciente e na realização de suas tarefas no campo hospitalar, que muitas vezes merecem um cuidado individualizado, é preciso compreender

4. 6. A morte: última missão hospitalar

“Algumas vezes eu tive que, mesmo o paciente estando na UTI, eu tive que conversar com familiares, uma das vezes, eu estava na época na enfermaria, a paciente tinha estado um dia comigo. No primeiro dia eu tive que levar a paciente pra UTI e tudo. Mas essa paciente era extremamente grave, e ela faleceu na UTI. E a residente que estava na UTI não sabia como abordar os familiares. E além de tudo ainda ia ter que ser solicitada a realização da necropsia para realização do diagnóstico. E aí ela me ligou de madrugada, três horas da manhã, não era eu o responsável, mas eu vim. Eu estava dormindo, mas foi no susto, eu vim, mas, eu me assustei bastante. A paciente

faleceu e eu corri para cá. Eu moro aqui do lado. A pessoa fica meio, na hora eu fiquei meio tonta e eu falei “tá eu vou.” Dai eu fui conversar com os familiares, dar a notícia e pedir para liberarem para a necropsia. Vai muito da vontade da pessoa, por que eu poderia muito bem ter dito assim não...o paciente morreu, morreu Mas acho que era importante pra o paciente, pra família, pra ver o que é que aconteceu. Pra gente também, por que a gente também quer saber a causa da morte, para ajudar outros pacientes depois, se a gente souber se foi morte natural, pra poder ter a noção do que aconteceu. E eu acho que isso é muita da disposição de cada um”

Relato de um residente da UNIFESP/HSP

Esse relato lembra que lidar com a morte faz parte do cotidiano do hospital, sendo uma das missões assumidas pelas organizações hospitalares desde meados do século XX. Curiosamente, essa missão está ausente do discurso da organização Hospital São Paulo, exposto na primeira página desse capítulo. O relato do residente acima transcrito revela a angústia diante da morte, como se a morte fosse uma “batata quente” que deve ser, o mais rapidamente possível, passada adiante.

Para Sant’anna (2001), o hospital é um espaço destinado a curar e uma escola de aprendizado para a morte. Este aprendizado é para a autora difícil uma vez que a “transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento. Uma vez internado o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de ‘falta de existência’, como se ele ficasse repentinamente em déficit com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Em diversas alas do hospital, a ausência de rostos, paisagens e objetos familiares acentua a perda de referências e o sentimento de abandono (...). A vivência de separações inclui a fragmentação do tempo, do corpo e das atividades. A imagem do conta-gotas é, nesse caso, exemplar. Em alguns casos, os visitantes são admitidos a conta-gotas, enquanto toda a rotina do hospital que precede e sucede as cirurgias parece ritmada pelo pinga-pinga: muitas informações sobre o estado do paciente, o potencial dos remédios prescritos, os horários das cirurgias e da ‘próxima injeção’ também são transmitidas a pacientes e familiares em conta-gotas, aos pedaços. O que implica viver sob a angústia da espera.” (Sant’anna, 2001, p.31)

Espera do próximo remédio, da próxima refeição, visita do médico, etc. Essa rotina de esperas pode criar para o paciente, com suas solicitações e sofrimento, o estranho constrangimento de que atrapalha a rotina estabelecida. O corpo do paciente é o principal lugar para manipulações fragmentadas e descontínuas, tratado por partes e abstraído através de exames, sua subjetividade é *“reduzida à identificação de elementos corporais – sangue, genes, óvulos, espermatozoides, órgãos, ossos, etc. – passíveis de mensuração e avaliação científicas.”* (Sant’anna, 2001, p.32) Como o corpo, o sono do paciente tende a ser cortado. A divisão de tarefas dos funcionários é fragmentada, compondo o grupo responsável pela pressão arterial, os responsáveis pela retirada do sangue, os que trazem a comida, os da faxina, etc. Dezenas de mãos passam pelo corpo do paciente, ou melhor, pelo corpo de inúmeros pacientes.

Os profissionais de saúde também estão sujeitos a essa fragmentação organizacional que não propicia espaço para vivenciar as próprias angústias. Se por um lado os médicos são os heróis, a quem se atribui a decisão sobre a vida ou a morte do paciente, por outro lado, caso eles fracassem, tornam-se incompetentes. Um exemplo clínico fornecido por De Marco (2003) ilustra o exposto.

Uma residente de psiquiatria da UNIFESP é chamada para atender uma paciente da oncologia e faz o seguinte relato:

“uma paciente de 30 anos com um Linfoma em estágio terminal foi internada para fazer quimioterapia, mas não foi possível o procedimento, dada sua condição física já bastante debilitada. Seu médico a considera deprimida e chama interconsulta psiquiátrica, mas mostra-se muito indisponível para falar da paciente. A interconsultora pergunta a ele se a paciente sabe de seu estado e ele diz achar que não sabe, e até pensa que vai melhorar. A psiquiatra conversa com a paciente que diz saber que está “indo embora e acredita que foi chamada para prepará-la, pois acha que os médicos não sabem como conversar com ela; acha que os médicos devem ter muita dificuldade para conversar sobre a morte, Relata que apenas uma médica, um pouco mais velha conseguiu não desconversar totalmente quando ela perguntou diretamente se achava que ia morrer; a médica respondeu que todo mundo morre um dia.”. O fato é que a paciente queria morrer em casa, se possível, com suas dores controladas e a par de tudo que estava acontecendo. A interconsultora relatou essa conversa ao médico, assim como relatou o impacto emocional que a paciente lhe causara. O médico pôde então falar da “tempestade emocional, da sensação de paralisia e do desejo de evasão

que vivenciava no confronto com a situação” (Marco, 2003, p.185). Muito aliviado, o médico ajudou a paciente a ir morrer em casa.

Nota-se que, na verdade, a psiquiatra atendeu, não apenas a paciente, mas a relação entre a paciente e o médico. Diante do seu suposto “fracasso”, o médico não conseguiu mais cuidar da paciente, dando o tratamento como encerrado e confundindo a “retirada para a morte” com uma depressão. Nesse ponto corremos o risco de culpar o médico por incompetência em lidar com a morte e com as próprias limitações. Ele não estaria subjetivamente preparado para enfrentar a morte. Dessa forma livraríamos a organização hospitalar e a própria sociedade de seus entraves, contribuindo para a institucionalização da morte tal como ela vem sendo realizada. Obviamente não é esse o nosso propósito, pois segundo nos ensina Enriquez (1997), a personalidade do profissional pode modular a forma como as instituições vivem suas relações, mas não a cria.

Poderíamos facilmente pensar que o residente apresenta dificuldade emocionais no trato com os pacientes, mas isso não se aplica a esse caso. Mesmo inserido em uma enfermaria na qual, segundo a paciente, todos os médicos e profissionais têm dificuldade para falar sobre a morte, esse residente pôde pedir ajuda e fazer uso de um serviço que, apesar de ser um privilégio raro nas organizações hospitalares, é desconhecido ou “esquecido” pelos profissionais.

A paciente, por sua vez, demonstrou já aceitar sua morte o que descarta a hipótese diagnóstica de depressão. A interconsultora foi muito habilidosa na condução do caso, pois não “psicologizou” nem a paciente e nem o médico. Nessas situações corre-se o risco de desconsiderar as circunstâncias em prol de uma psicologização individualista que só leva a uma culpabilização infrutífera. A função da interconsultora foi tão somente, o de propiciar um espaço para falar da morte e das angústias dela decorrentes, tanto para a paciente, quanto para o médico. O que tornou possível um trabalho de antifragmentação, ou seja, de integração da experiência emocional e sua decorrente simbolização.

O que interessa nesse fragmento clínico é o fato de ninguém, nessa enfermaria, ter conseguido falar sobre a morte com a paciente. Retira-se, assim, do indivíduo esse peso, e pode-se olhar seu entorno. E a questão é: porque não se pode falar de morte nessa enfermaria? Trata-se de uma dificuldade dessa enfermaria específica, ou da organização hospitalar, ou da cultura ocidental?

Outros relatos e pesquisas referem a mesma dificuldade, seja nessa organização, seja em outras organizações hospitalares. Por exemplo, há poucos estudos que observam a morte ocorrida no hospital, como ela se dá, qual a preocupação da qualidade de vida do paciente, dos familiares e dos profissionais de saúde. As pesquisas existentes indicam uma insatisfação dos pacientes e familiares quanto à atenção a necessidades físicas, sociais e emocionais. Revelam que a maior parte das pessoas preferiria morrer em casa e 60% de todas as mortes acontece na instituição (De Marco, 2003).

Conforme pude pesquisar na UNIFESP, no curso de graduação de medicina existem algumas poucas aulas sobre a morte. Existia no curso de enfermagem uma disciplina eletiva sobre tanatologia, aberta aos alunos da medicina.

No Hospital São Paulo existe um ambulatório de Cuidados Paliativos que conta com apenas uma médica contratada e cinco voluntários: psicólogo, um senhor que trata da espiritualidade (trabalha com conceito existencial, não com a religiosidade especificamente, pois é muito diversa), fisioterapeuta, nutricionista, e um médico. O ambulatório começou através de um curso de cuidados paliativos em 1995 e depois de quatro anos os alunos pediram mais prática e fundaram a liga que teve dificuldade de se ligar a alguma disciplina. Foi aceita na disciplina de clínica médica, mas ficava à margem. O ambulatório funcionava a partir das sete da noite na quarta feira, porque era o horário que ninguém mais atendia e sobrava sala no ambulatório. Sempre com voluntários. O hospital não contrata mais médicos dizendo que o ambulatório não tem volume de atendimentos. Mas mantém o serviço ativo por uma questão política e econômica: a secretaria do Estado destina verbas de volume considerável à organização que presta esse tipo de serviço.

A coordenadora não aumenta o volume porque preza a qualidade dos atendimentos, dizendo que *“não dá para atender dez pacientes terminais numa manhã”*. Esse dado ilustra com clareza o que venho tentando demonstrar nesse capítulo, no que refere à gestão de conflitos entre as diversas missões da organização.

O ambulatório admite pacientes com perspectiva de vida de seis meses, o que não é o preconizado, mas de outra forma alguns pacientes ficariam sem atendimento. As consultas duram de uma hora e meia a duas horas, são consultas complexas, que não permitem volume de atendimentos. A consulta inclui atendimento e orientação a familiares. Já na primeira consulta o profissional trabalha o conceito de morte junto ao paciente, se ele tem medo de morrer, o que ele pensa da morte. Trabalha isso desde o começo para não falar disso na terceira consulta e o paciente achar que ali chegou sua

hora. Se o paciente diz que tem medo de morrer com dor ela já adianta que dor ele não vai sentir. Desse jeito ela consegue um vínculo rapidamente com o paciente. Pode trabalhar questões sociais do tipo não deixar o paciente morrer sozinho, se for essa a sua vontade. Saber se ele quer morrer em casa ou no hospital, se quer que chame o padre, enfim administrar seu ritual a moda dos antigos. Isso quebra o tabu que envolve a morte.

Paradoxalmente, encontrei nesse ambulatório mais cuidado com a vida, com a vida humana, do que no restante do hospital. Para ilustrar, a coordenadora relatou o caso de um paciente que morava há trinta e dois anos com a esposa e não queria casar oficialmente porque ela era divorciada e ele temia que, casando-se oficialmente, ela quisesse divorciar dele também. Trabalharam essa questão junto ao paciente e sua esposa que decidiram casar-se. E casaram, sendo que duas pessoas da equipe médica foram padrinhos do casamento, fizeram churrasco na laje e trinta dias depois ele faleceu. O serviço de cuidados paliativos do Hospital São Paulo trabalha com a esperança, com o cuidar da vida enquanto há vida.

Esse tipo de conduta é uma exceção, pois mesmo nos hospitais, onde a morte foi institucionalizada, poucos profissionais ficam em contato com pacientes terminais e acompanham seu processo de morte. Eileen e colaboradores (De Marco, 2003) contam sobre a observação de uma enfermeira trabalhando há 20 anos num setor de pacientes agudos e críticos de um hospital e que nunca esteve próxima do leito de um paciente na hora de sua morte.

Essa cultura que objetiva os corpos, que limita a vida e se nega a enfrentar a morte pode ser observada nos detalhes do hospital, como o artefato acima descrito, as folhas de evolução dos prontuários dos pacientes. Ao ditar que as anotações devem ser objetivas solicita que o profissional não fale da vida e nem fale da morte. Fale apenas de doenças e procedimentos objetivos.

Os métodos de institucionalização da divisão entre a vida e a morte podem então ser descritos como, primeiro separar no paciente sua vida pessoal e emocional de seu corpo, e segundo, para os médicos e profissionais de saúde tratar seu próprio corpo como infalível e imortal.

Assim, as organizações hospitalares seguem as tendências da sociedade e cultura ocidentais em relação à morte. Sua estrutura, suas regras de funcionamento são construídas para facilitar a divisão entre vida e morte, entre corpo e vida emocional e privada. Cabe a essas organizações uma reflexão crítica desse estado de coisas, porque à

sua moda, essas organizações e seus profissionais tomam para si, uma responsabilidade que deveria ser de toda a sociedade. E “a sua moda” inclui não cuidar de quem cuida da morte e não propiciar espaços para falar da morte. Moda bastante coerente com a cultura atual.

5. Pesquisa de campo: Aspectos Metodológicos

*“(...) – e toda ciência seria supérflua
se a forma de manifestação
e a essência das coisas
coincidissem imediatamente – (...)”
(Marx, apud Turato, 2008, p. 455)*

5. 1. Da natureza do estudo

Dada a natureza do estudo dessa tese que visa a análise de sentidos e significações dos fenômenos humanos das dimensões cultural e administrativa de uma organização hospitalar universitária, o método que utilizei para atingir os objetivos explicitados foi a abordagem qualitativa de pesquisa (Turato, 2008; Nogueira-Martins, 2004). A pesquisa qualitativa permite estudos de significado, significação, representações psíquicas e sociais, simbolizações, analogias e experiências de vida (Nogueira-Martins, 2004). Sendo seu foco principal os processos, ou seja, o *“ato de proceder do objeto, quais são seus estados de mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera”* (Turato, 2008, p.262).

Para tanto, escolhi a estratégia de pesquisa de estudo de caso, realizado no Hospital São Paulo, organização ligada à Universidade Federal de São Paulo. O princípio básico de um estudo de caso é, segundo Heloani, *“a compreensão singular de eventos.”* Trata-se de uma forma de pesquisa qualitativa na qual o objeto estudado é tratado como único, *“como representação singular da realidade”*, e deve ser analisado profundamente (Heloani, 2004). Trata-se de um hospital-escola cuja complexidade institucional justifica um estudo singular e aprofundado. Na verdade são duas organizações em questão: o hospital e a universidade com funcionamentos e administrações autônomas, mas ao mesmo tempo, com pontos importantes de intersecção, uma vez que grande parte da assistência prestada no hospital é realizada por estudantes (graduandos, pós-graduandos, residentes, estagiários, especializandos) e profissionais (professores) da universidade.

Dirigi-me até o Comitê de Ética da UNIFESP, com o projeto da minha pesquisa em mãos, a fim de obter a permissão da organização para a realização desta tese. Recebi a informação de que deveria solicitar aos chefes das Disciplinas que eu pretendia entrevistar a pretendida autorização. E assim o fiz nas disciplinas que, até esse momento

do trabalho, já estavam definidas enquanto campo de investigação, que eram a Psiquiatria e a Reumatologia. E como eu entrevistaria também alunos da graduação do curso de medicina fui até a reitoria pedir o aval do Pró-reitor da graduação. Este me orientou a pedir também à Diretoria do Hospital São Paulo uma autorização, uma vez que o projeto incluía o estudo da cultura organizacional do hospital. E assim, naquilo que já parecia uma peregrinação, fui até a diretoria do hospital que é composta, entre outros setores, por uma coordenação de ensino e pesquisa. O coordenador pediu que eu enviasse uma cópia do projeto de pesquisa junto a uma carta da FGV e uma carta escrita por mim, afirmando que procurei o Comitê de Ética da UNIFESP e recebi a recomendação acima descrita. Considero importante descrever esse processo de acesso ao campo porque ele revela elementos de análise da organização, tais como a sua burocracia – fiquei imaginando enquanto andava de um lado a outro da organização, como os pacientes se sentem – e mais importante, como as disciplinas da universidade são soberanas e autônomas. Apesar do pedido feito pelo coordenador de pesquisa, membro da direção do hospital, e do trabalho burocrático que tal pedido me impôs, compreendo sua posição e inquietação diante da autoridade das Disciplinas da universidade que decidem por e apesar da direção do hospital.

Recebida a devida autorização, adotei como técnica de pesquisa, ou seja, o instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, adequada para a natureza de relações complexas de estudo, permitindo variações em sua condução, de acordo com as respostas dos entrevistados e possibilitando esclarecimentos adicionais que possam ser pertinentes ao objetivo do estudo. Realizei as entrevistas a partir de um roteiro, cuja construção apoiou-se na literatura a respeito do tema estudado e da minha experiência enquanto entrevistadora. Tal roteiro orientou-me durante as entrevistas, ao mesmo tempo em que propiciou um espaço em aberto para que o entrevistado pudesse associar suas idéias livre e espontaneamente. O roteiro foi estruturado em dois tempos. Num primeiro momento, realizei três entrevistas de aculturação, definidas por Turato (2008) como entrevistas de curso mais livre cujo objetivo consistiu em ambientar-me com o modo de pensar da população-alvo.

É certo que eu trabalho na organização desde 1997 e já conhecia seu ambiente cultural. No entanto, enquanto pesquisadora, eu fiz um esforço de assumir que certas questões eu desconheço, ou conheço pouco e precisava escutar os membros da organização até para definir melhor meu problema de pesquisa. O fato de trabalhar na organização que é ao mesmo tempo objeto de estudo apresenta essa particularidade:

enquanto membro da organização, eu estou contaminada por sua cultura e seus vícios, conheço algumas das pessoas que entrevistei (principalmente na psiquiatria), sei (ou acho que sei) o que pensam e como trabalham – ou melhor, sou atravessada pela representação social dessas pessoas na organização -, o que pode conferir ao estudo uma maior profundidade ou uma visão muito particular e tendenciosa do objeto estudado. Portanto, o esforço se deu no sentido definido por Bleger (1998) de manter-me, durante as entrevistas, dissociada, ou seja, parte de mim entregue à situação e parte de mim permaneceu fora da situação, observando e controlando o que acontecia. De tal forma que, na medida do possível, eu era uma estrangeira naquela “tribo”. O fato de realizar o trabalho através de outra organização de ensino, no caso a Fundação Getúlio Vargas, muito me ajudou nesse processo, pois eu vestia o uniforme de administradora durante as entrevistas e interações com a organização. De fato, apesar de ser membro da organização, eu representava, durante as entrevistas, outra organização, a FGV. Reconheço assim a possibilidade de um viés, ou seja, de uma distorção do objeto durante minha observação e apreensão dos fenômenos, ou até mesmo, na descrição dos fatos, dado por esses condicionamentos externos. E na medida do possível, ao descrever o material até aqui apresentado cuidei para que essas distorções fizessem parte da análise do material, cuidado que pretendo tomar até o final da tese. Lembro e concordo com a afirmação de Turato (2008, p.371) sobre a neutralidade e imparcialidade científicas enquanto condições fictícias. Da mesma forma, atentei para outros possíveis vieses apontados por Turato, tais como condicionantes psicológicas individuais e intrapessoais, ideológicas, e sócio-históricas.

No segundo tempo, a partir dessas primeiras entrevistas, reformulei o roteiro – acrescentei um ou dois itens a mais – e assim o mantive até o final da coleta de dados. O roteiro incluiu perguntas sobre a missão do médico e do psiquiatra na UNIFESP e no HSP; sobre as condições que ambas as organizações ofereciam para o cumprimento da missão definida; nos casos em que as condições eram desfavoráveis ao cumprimento da missão investiguei como os profissionais e alunos sentiam-se em relação a isso; perguntei se o entrevistado achava possível ensinar o aluno de medicina ou o médico a cuidar dos aspectos psíquicos e emocionais dos pacientes, e se achava importante cuidar desses aspectos; se o psiquiatra cuida dos aspectos físicos; se os eventuais cuidados que o médico possa ter com relação a aspectos emocionais fazem parte da anamnese, de algum protocolo e se são registrados nos prontuários; se os cuidados que o psiquiatra tem com aspectos biológicos são protocolares e se são registrados nos prontuários;

solicitava ainda ao entrevistado que pensasse num modelo de profissional e relatasse quais eram suas características; quais seriam as características de um anti-modelo; investiguei sobre as exigências do trabalho e qual o respaldo oferecido pela organização para enfrentá-las; e pedi, por fim, o relato de experiências emocionalmente agradáveis que tenham vivenciado na organização e experiências emocionalmente críticas ou difíceis.

Optei por gravar as entrevistas e transcrevê-las em sua totalidade, sendo que eu tive o cuidado de registrar, após a realização das entrevistas, aspectos da comunicação não-verbal emitidos pelos entrevistados, importantes para a validação do que foi efetivamente dito.

Quanto à amostra de sujeitos escolhidos para a pesquisa foi proposital, uma vez que eu pretendia “*apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis*” (Nogueira-Martins, 2004, p. 49), procurando, deliberadamente, selecionar sujeitos que detêm as informações que buscava no estudo, considerando um número suficiente para reincidência de informações e os dividir em grupos que permitam encontrar semelhanças e diferenças. Assim, realizei vinte e oito entrevistas distribuídas da seguinte maneira, sendo que para cada grupo elaborei um questionário diferente:

1. Na universidade realizei entrevistas com alunos sendo 4 do primeiro ano (em grupo, que chamarei de U11; U12; U13; e U14); 1 do segundo ano (U20), 3 do terceiro ano (U31, U32, U33) e 4 do sexto ano (em grupo, U61, U62, U63 e U64). Priorizei o primeiro e o sexto ano para fins de comparação de como os alunos entram e como eles saem da graduação, além de enfatizar o terceiro ano que, segundo professores seria um ano de mutação, no qual os alunos começam a ter aulas mais práticas e a entrar no universo médico propriamente dito. Quanto a alunos do quarto e do quinto ano, não consegui voluntários dentro do tempo hábil para a realização da tese. Realizei ainda na universidade a observação de três aulas sendo duas de anatomia e uma de ginecologia; e entrevistei um professor de anatomia da graduação (UP1), tendo sido levada pela aula de respeito ao cadáver; e um professor que hoje realiza um trabalho administrativo na universidade (UP2). O número de professores pode parecer pequeno, mas os professores entrevistados nas especialidades médicas são na maioria professores da graduação.

2. No hospital realizei entrevistas nas seguintes especialidades:

- Psiquiatria: seis entrevistas com psiquiatras, sendo três professores (HPQ1, HPQ2, HPQ3) e três residentes (HPQ4, HPQ5, HPQ6);
- Reumatologia: três entrevistas sendo uma com residente (HR1) e duas com professores (HR2, HR3), além da observação de quatro consultas em um ambulatório (OH1, OH2, OH3, OH4).
- Cuidados Paliativos: foi realizada uma entrevista, com a única médica do setor (HCP1).
- Liga de doenças sexualmente transmissíveis: entrevista com um professor (HDST1). A programação das entrevistas planejava uma entrevista com residente nessa especialidade, mas apesar de inúmeras tentativas, não consegui nenhum voluntário. Estava programado ainda a realização de observação das consultas na Liga, mas apesar de inúmeros emails e pedidos através de diferentes pessoas, não recebi resposta.
- Uma entrevista com um membro da direção do hospital (ADM).

No total, foram realizadas 26 entrevistas e 7 observações (três aulas e quatro consultas ambulatoriais). Utilizei, para o estudo de caso, uma amostragem por variedade de tipos, ou seja, o critério de inclusão de sujeitos é o de homogeneidade fundamental - todos os entrevistados eram médicos – mas que apresentam certa diversidade, sendo, no geral, parte deles alunos, parte residentes das quatro especialidades acima definidas e parte professores. A escolha das especialidades foi realizada pautada na literatura levantada e descrita nos primeiros capítulos dessa tese, na minha experiência dentro da organização, nas sugestões da banca de qualificação do projeto de tese apresentado, e nas sugestões dos entrevistados. Por exemplo, a aula da disciplina de anatomia que assisti e descrevi no terceiro capítulo foi sugestão de um membro da banca de qualificação do projeto de tese apresentado na FGV, e de um residente de psiquiatria. Após a aula decidi realizar uma entrevista com um professor da disciplina (UP1), que me presenteou com um livro que contém muitos dados da história da universidade. Esse professor fez referência ao museu da Escola Paulista de Medicina, e eu fui até lá conhecer e colher mais dados. E assim fui traçando esse percurso de investigação.

A Reumatologia foi escolhida em função do fato de haver uma semelhança muito evidente entre a sintomatologia apresentada pelos pacientes com fibromialgia e os pacientes com Transtorno Somatoforme. Um mestrando da Disciplina de Reumatologia realizou uma pesquisa no Programa de Atendimento e Estudos de Somatização e detectou que 80 a 90% dos pacientes do programa preenchiam critérios diagnóstico para fibromialgia. Além dessa evidência, na Reumatologia são prescritos aos pacientes os mesmos anti-depressivos prescritos pelos psiquiatras no Programa de Atendimento e Estudos de Somatização. A Reumatologia atende a pacientes com outras patologias, como lúpus ou doenças auto-imunes, que apresentam intensa vulnerabilidade psíquica e emocional (Lipowski, *apud* Botega, 1997, p. 66). Conforme sugerido pela Ana Maria Malik, na banca de qualificação, se puder reunir dentro da medicina uma família de especialidades que lidam com dor, teríamos a neurologia, a reumatologia, a ortopedia e a anestesiologia. Pela sintomatologia e semelhanças diagnósticas escolhi a reumatologia. Outra família incluiria a oncologia e cuidados paliativos, pela sua alta morbidade e, portanto, relação com o processo de morte. Escolhi cuidados paliativos, pois em função da orientação de um projeto de iniciação científica de um aluno da graduação soube que esse ambulatório ficou fechado por alguns anos e reabriu há apenas um ano, sendo que essa história apresentou sinais de que nesse ambulatório eu encontraria mais pistas para saber como a organização vem lidando com o processo de morte. Outra família incluiria a pediatria, ginecologia e urologia, sendo que optei pela liga de doenças sexualmente transmissíveis, que considero abarcar questões da ginecologia e urologia e por uma dica de uma aluna, do meu curso na graduação, que participa da liga e considera estranho eles não abordarem aspectos psicossociais com esses pacientes. Além da sugestão de Foucault que historicamente descreve a loucura e a sexualidade como questões humanas unidas por obra do destino nas instituições de exclusão social. E, obviamente, a psiquiatria foi escolhida enquanto representante do psiquismo dentro da cultura organizacional e por ser o lugar de origem de meus questionamentos.

Além desses fatores, investiguei os prontuários eletrônicos dos pacientes que são atendidos no Programa de Atendimentos e Estudos de Somatização, para conferir quais especialidades eles costumam frequentar. Encontrei na maior parte dos prontuários a reumatologia, a neurologia, a ginecologia, a urologia, e a gastroclínica.

Assim, abordamos temas como a dor, a morte, a sexualidade e a loucura dentro da organização, pois acreditamos que através das entrevistas com membros dessas

unidades organizacionais - ou seja, membros que lidam diretamente com esses temas da - encontraríamos as representações sociais acerca do psíquico e do somático, representações culturalmente construídas. Trata-se de situações-limite onde o aspecto humano dos pacientes necessariamente se faz visível, o que favorece ao pesquisador observar como os membros da organização lidam com esses aspectos.

No campo hospitalar as entrevistas realizadas com os residentes abarcam e revelam a organização do trabalho tanto nas enfermarias quanto nos ambulatórios e pronto-socorro, uma vez que faz parte da formação passar, em esquema de rodízio, por esses setores. Vale ainda justificar que as especialidades selecionadas são da área clínica, e não cirúrgica, uma vez que a área clínica demanda do profissional um maior contato com aspectos psíquicos e emocionais, integrados a aspectos orgânicos dos pacientes.

Conforme mencionado, utilizei também enquanto técnica, a observação direta. Pagès (1987), considerando as realidades política, econômica, ideológica e psicológica das organizações, nos alerta sobre o perigo de ler no discurso dos membros da organização apenas informações sobre a realidade externa, assim como sobre o perigo idealista, que só considera a expressão do universo mental apresentado. Por isso, considerei apropriado, além da realização das entrevistas, observar rotinas de procedimentos, fluxo de informações e analisar documentos que possam contar fatos históricos e administrativos, enfim conferir a realidade externa da organização.

Assim, na universidade assisti três aulas - aula de respeito ao cadáver, aula teórica de anatomia e aula de ginecologia - e no hospital observei quatro consultas ambulatoriais. Além da análise de documentos históricos - livros produzidos pela organização, museu da Escola paulista de medicina, livros de biografia de professores, sites, manuais, etc. - e documentos administrativos, como por exemplo, os prontuários dos pacientes. Tais observações permitiram confrontar o discurso com o ato, buscando incoerências internas, e, portanto, as estruturas imaginárias inconscientes presentes nesses fenômenos. O capítulo referente à universidade (Capítulo III) e o capítulo referente ao Hospital (Capítulo IV) foram elaborados, em grande parte, pelo material observado nas aulas da graduação, nas consultas ambulatoriais e nos documentos históricos, devidamente referidos nos capítulos mencionados.

As entrevistas foram transcritas e realizei uma análise do discurso, buscando restabelecer a cadeia significativa do discurso, que comporta brancos, lacunas, contradições, para traduzir o quanto possível a mensagem em sua integridade. “A

análise do discurso é um método que visa não só apreender como uma mensagem é transmitida, como também explorar o seu sentido” (Vergara, 2008). E ela pode, segundo Vergara, compreender diversas abordagens, sendo a escolhida para esse estudo, a psicanálise, mais especificamente a psicossociologia francesa.

Ainda, outro método de pesquisa utilizado apenas na universidade, foi o modelo de pesquisa-ação, definido como um *“tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo”* (Thiollent, 1998 *apud* Turato, 2008, p. 295). Trata-se aqui de um grupo de professores formado por médicos e psicólogos, cujo problema era integrar num mesmo curso, o de semiologia integrada, aspectos psíquicos e orgânicos apresentados pelos pacientes entrevistados pelos alunos. Eu participei desse grupo como coordenadora por dois anos. A experiência encontra-se melhor detalhada no capítulo sobre a universidade desse trabalho (item 3.6. do capítulo 3). Embora a experiência não tenha sido realizada, a princípio, com a finalidade de fazer parte dessa tese, considero que a sua descrição e análise propiciaram a apresentação e a elaboração de elementos culturais e institucionais extremamente enriquecedores para o tema.

5. 2. Dos procedimentos de análise dos achados

Narrei, no Capítulo 2, o contexto histórico, social, político e cultural no qual a universidade médica atual e o hospital moderno se inserem; no capítulo 3 apresentei a Universidade Médica a partir de achados descritos na literatura e já descrevendo e analisando dados que encontrei através da observação de aulas, sites e documentos históricos; e no capítulo 4, sobre o hospital, de maneira análoga abordei e elaborei alguma análise sobre a organização Hospital São Paulo, dentro do contexto das organizações hospitalares atuais descritas na literatura, e a partir também de observações do campo e análise de documentos e artefatos. No capítulo sobre o hospital, me vali já dos dados obtidos através de algumas entrevistas que realizei para melhor compreender o funcionamento e estrutura da organização. Nesse sentido, o material disposto pela universidade ao público é muito mais completo e complexo do

que o material disposto pelo hospital, o que já indica uma relação assimétrica entre as organizações.

Chegou a hora de dar voz a seus membros, cujo discurso foi considerado e analisado dentro dos contextos sócio-histórico-cultural e organizacional-institucional, acima mencionados. Para tanto, em posse do material bruto encontrado nas entrevistas, seguirei elaborando a análise dos achados através da técnica de análise do conteúdo das entrevistas. Lembro a distinção que Turato faz entre dados e achados de pesquisa, sendo o dado um “*elemento apreendido e definido referente ao objeto em estudo*” e achado um “*elemento descoberto deliberadamente ou não, por ocasião de uma levantamento*”. (Turato, 2008, p.451).

Num primeiro momento, em posse das entrevistas já transcritas, fiz uma pré-análise do material lendo-o com atenção flutuante - trata-se de um modo psicanalítico de escutar, que não deve privilegiar qualquer elemento do discurso, ou seja, deve deixar funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que habitualmente dirigem sua atenção - repetidas vezes até impregnar-me de seu conteúdo, procurando já desvelar mensagens implícitas, contradições e silêncios. Não realizei a leitura e a análise do material separando-o por alunos e professores, ou psiquiatras e reumatologistas. Reuni o material como um todo indiscriminado, apesar de lembrar, ao ler e analisar, quem falou o que. Mas adotei essa postura numa tentativa de não seguir a fragmentação institucionalizada.

Em seguida, categorizei o material através da técnica de agrupamento que consiste em identificar no material, elementos que guardam um grau de homogeneidade entre si e se repetem com maior frequência. O processo de categorização segue dois critérios: o de repetição, que investiga o que o discurso de cada entrevistado tem em comum com os outros; e o de relevância que destaca uma fala que, mesmo não repetida nos discursos, na ótica do pesquisador, da orientadora ou da literatura, traz elementos relevantes para a análise proposta. E dentro das categorias forma encontradas e destacadas subcategorias.

Procurei apresentar e discutir o material encontrado e categorizado com meus interlocutores acadêmicos - tanto da minha orientadora como de colegas da FGV, da UNIFESP e do Instituto Sedes Sapientis, onde faço parte de um grupo de trabalho que estuda grupos e instituições – com a finalidade de validade externa do material.

E finalmente, apresento a seguir os resultados do estudo.

6. Resultados: Categorias e sua Análise.

Neste capítulo, apresento a análise dos dados organizados em categorias e subcategorias de análise, visando compreender e analisar as representações sociais criadas pelos membros da organização para lidar com a subjetividade de seus membros e pacientes. Os entrevistados apresentaram nas entrevistas dados que permitiram a construção de uma categoria que contempla a missão do médico na organização universitária e hospitalar. A missão da organização pôde ser dividida em três tarefas principais dos médicos: a assistência; o ensino; e a pesquisa. E, enquanto representante psíquica e “corpo estranho” à cultura hospitalar e universitária, criei uma categoria separada para a missão da psiquiatria, seu lugar, organização e papel nesse processo.

6.1. A missão do médico no complexo UNIFESP-HSP.

Iniciei todas as entrevistas com a seguinte questão: qual a missão do médico no complexo UNIFESP-HSP?

Como se trata de um hospital-escola, os entrevistados mencionaram três tarefas distintas que os médicos devem realizar: prestar assistência aos pacientes, ensinar e pesquisar. Nem todos os entrevistados responderam nessa ordem e nem todos enfatizaram as tarefas de ensino e pesquisa, da forma como enfatizaram a assistência. E como o objetivo da pesquisa é mais relacionado a aspectos assistenciais, esse tema foi mais aprofundado e detalhado junto aos entrevistados.

Vale notar que essas respostas são compatíveis e coerentes com as missões propostas pela organização, apresentadas na abertura do capítulo 4 dessa tese (página98), que salientam em primeiro lugar o papel de assistência à saúde da população brasileira, seguido de ensino e treinamento de profissionais de saúde, e de produção científica.

6.1.1. A missão do médico na assistência.

Dentro deste tema obtive respostas variadas e variantes em torno do mesmo conteúdo preponderante: o médico, ao prestar assistência a um paciente, deve ser tecnicamente muito bem preparado e deve ser humano no contato com o paciente.

a) A capacitação técnica e científica do médico.

A questão da capacitação técnica e científica do médico foi bastante enfatizada por todos os entrevistados, e parece um pressuposto básico da organização, ou melhor, das organizações estudadas. A eficiência técnica e científica aparece também com frequência nos artefatos produzidos, tanto pela universidade, quanto pelo hospital. Os livros, documentos históricos e sites que apresentei e analisei nos capítulos anteriores mencionam e valorizam esses aspectos da prática organizacional. Trata-se de um pressuposto básico das organizações estudadas e analisadas, lembrando que os pressupostos básicos são construídos ao longo do tempo e, conforme sua eficácia diante dos problemas apresentados pela realidade, ele podem manter-se estáveis no tempo ou não. Conforme pesquisei e relatei anteriormente, a medicina tem sofrido um grande desenvolvimento tecnológico que, diante de algumas doenças, é muito eficaz. Mas ela não é eficaz para todas as doenças que se apresentam ao médico que, diante dessas, pode sentir-se muito angustiado e impotente. Os relatos dos entrevistados trazem esse achado, de que quando um paciente morre, mesmo que de alguma doença para a qual ainda não exista cura, o médico tende a questionar sua conduta, duvidando de que tenha feito tudo o que foi possível fazer por aquele paciente, ainda que o possível nesses casos seja ajudar o paciente a morrer. Os médicos dizem sentir-se “na corda bamba”, sentem um

“constrangimento, uma sensação de que você talvez não tenha feito tudo o que pôde, mas é uma sensação falsa? Por que você aplica aquilo que você... Os conhecimentos pra enfim... E acaba... Mas diante da morte tem uma sensação assim de derrota. Tem uma sensação de derrota e de constrangimento perante os familiares. Então existe isso... Por que é uma coisa pesada, você ter que dar uma notícia, pra um familiar, que não deu jeito, que a pessoa veio a óbito? Pelas condições de saúde, que foi feito... Que o que precisou, foi feito, mas... Isso é muito constrangedor, é uma situação triste. Eu acho que o médico, ele vive no dia-a-dia, o dia inteiro, situações tristes, por que todo mudo traz pra consulta a queixa clínica, e aquela situação triste que envolve aquela queixa entende? Então é o dia inteiro é uma vida de tristeza. É diferente de uma pessoa que vende roupas bonitas numa loja e que a pessoa vai lá num momento de

felicidade, que quer comprar aquela roupa que. É totalmente diferente a...”

(HR2)

Ou seja, a crença na capacitação técnica é tamanha, que os membros da organização esquecem que, freqüentemente, para a morte não há remédio, e tomam a responsabilidade do óbito para si, vivenciando isso com muita tristeza.

Condições oferecidas pelas organizações para cumprimento da assistência técnica e cientificamente eficazes.

Este quesito precisa ser analisado separadamente na organização UNIFESP e na organização Hospital São Paulo. Na universidade, os entrevistados parecem confortáveis e tranquilos em estudar em uma organização que oferece uma excelente capacitação técnica e científica, do ponto de vista biológico. Sendo que apareceu em uma das entrevistas inclusive a percepção de que os colegas ficam imbuídos de certo ufanismo pelo fato de pertencer e estudar na UNIFESP-EPM. Principalmente entre os alunos da graduação, a sensação que transmitem é de que estão “*garantidos*” (U32) neste quesito. Basta passar no vestibular e entrar para a Escola (é assim que se referem, abreviadamente, à Escola Paulista de Medicina) que serão bons médicos. Nem seria preciso, segundo o entrevistado, durante a graduação se esforçar muito para apreender, pois já possuem a grife “Escola Paulista de Medicina”.

Aqueles que freqüentam mais o hospital propriamente dito, os residentes e docentes, sentem, em relação à pesquisa e ensino, que os recursos humanos oferecidos pela organização são excelentes. Os professores e preceptores sabem muito, são tecnicamente muito bons, e é uma grande oportunidade, enquanto aprendizado, estudar nessa organização. Porém, tais recursos humanos são oferecidos pela organização universitária, é ela quem seleciona e contrata seus professores e preceptores, estes que vão ensinar e supervisionar a assistência realizada nas dependências hospitalares.

Seleção dos profissionais médicos.

O hospital não tem controle sobre a seleção dos médicos a serem contratados e, inclusive, conta com a melhor condição que a universidade dispõe de escolher seus membros, de selecionar aqueles tecnicamente mais capacitados para o exercício de suas funções. Mas quem contrata e paga os salários é o hospital. Aqui cabe discernir os

diversos vínculos que um médico pode ter com a universidade ou com o hospital. A assistência conta com o serviço dos médicos residentes; os médicos contratados pelo hospital, mas selecionados pelas disciplinas da universidade; médicos concursados pela universidade; e pós-graduandos.

“O hospital, a estrutura administrativa do hospital, não tem a capacidade técnica de escolher qual que é o melhor otorrino, o A ou B ou C, eu sei escolher marceneiro, eu sei escolher auxiliar de administração, talvez nutricionista, auxiliar de cozinha, mas o médico eu me socorro do departamento da otorrino da universidade.”
(ADM)

O staff administrativo do hospital sente que por um lado, isso é uma fragilidade da organização hospitalar que não tem total controle sobre aqueles que prestam serviço aos seus pacientes, uma vez que o médico que ali trabalha deve responder a dois ou até três chefes, da universidade e do hospital. Mas também essa questão também é percebida como um desafio que hospitais-escola devem enfrentar.

Como mencionamos alhures, no capítulo dedicado à apresentação do hospital, este tem sua origem muito atrelada à Escola Paulista de Medicina, sendo que, atualmente, a reitoria da universidade e a presidência da SPDM são cargos distintos, ocupados por diferentes pessoas, o que confere ao hospital mais autonomia em relação à universidade.

“Mas hoje a academia pergunta muito mais ao hospital, do que perguntava 10 anos atrás, se você prestou atenção na história do hospital, esse hospital teve épocas que os professores eram donos, faziam disso aqui o que quisessem: eu vou levantar uma parede aqui nessa sala aqui, o professor vinha aqui e a parede realmente era erguida. Então eles mandavam no sentido de propriedade, eu interno o que eu quero, eu faço do meu jeito. Agora, mudar esta cultura leva tempo.” (ADM)

Uma das medidas da administração hospitalar que mostra essa direção é a sua participação no COREME, órgão criado para a seleção de residentes. De forma que, ao selecionar aqueles que prestarão assistência aos pacientes dentro das suas instalações, o hospital pode imprimir no processo quais requisitos do perfil do médico que considera importantes para o bom funcionamento da organização. Logo, a universidade garante a capacitação técnica dos professores e preceptores, que geralmente são pós-graduandos, e tanto a universidade quanto o hospital participam do processo seletivo dos residentes, cuja capacitação técnica é um dos requisitos avaliados. Outro requisito avaliado nesse

processo seletivo é a capacitação humana, mas aprofundaremos desse item mais adiante, ao falarmos sobre a política de humanização do hospital.

Instalações hospitalares.

Com relação às instalações da organização hospital e aos recursos materiais que esta oferece encontrei grande desconforto por parte dos entrevistados que os consideram muitas vezes, insuficientes para garantir que a capacidade técnica e científica do médico seja convertida em uma conduta eficiente. Por exemplo, faltar desfibrilador cardíaco em uma enfermaria cujos pacientes internados, normalmente, são graves e crônicos. Esse desconforto e as reclamações explícitas manifestamente no discurso dos médicos foram algumas vezes deslocados do hospital para o SUS, formando assim uma aliança com o hospital:

“(...) do ponto de vista do hospital, acho que ele espera que o residente tenha um empenho, que você saiba usufruir adequadamente do que hospital dispõe. E com uma racionalidade. Pois os recursos do SUS são finitos. E a necessidade da população é infinita.” (HR1).

É fato que o sistema de saúde público do país é deficiente. Mas é fato que, numa emergência, o médico precisa ter à mão um desfibrilador. E é fato que a racionalização dos recursos da organização deve ser administrada pela organização e não pelo médico, que no caso, foi obrigado a procurar, pessoalmente, o aparelho em outras enfermarias do hospital.

Para além das questões da racionalidade dos recursos, no caso do paciente vir a óbito, o médico vai se questionar se fez tudo o que pôde para salvá-la e provavelmente concluirá que sim, pois sem o desfibrilador não era possível salvá-la. O hospital tenta dispor e oferecer aos médicos a aparelhagem necessária. E o SUS fica com a culpa. Não que ele não seja um sistema deficiente, repito que de fato é. Mas sua deficiência pode adquirir a função de depósito de angústias diante das incertezas, angústias tão intensas despertadas pela possibilidade da morte. Depósito das deficiências do próprio campo de conhecimento médico, que apesar de avançado, repito, não encontrou remédio para a mortalidade humana. Deficiências que, muito frequentemente, o médico assume como pessoal: “Será que eu fiz tudo o que podia? Será que eu fiz tudo certo? Não seria melhor se outro colega mais preparado tivesse assumido o caso?”. Essas questões são muito frequentes no pensamento dos médicos.

De modo que, ao questionar que condições a organização oferece aos membros para que se cumpra essa missão, poderíamos afirmar que, segundo os próprios membros a organização universitária oferece recursos humanos excelentes, no que diz respeito à qualidade dos profissionais médicos. Escutei algumas queixas referentes à escassez de profissionais médicos e “*não médicos*”, devido à imensa demanda da população. Mas os entrevistados não questionaram a qualificação dos profissionais. Mas houve queixas quanto à capacitação dos funcionários administrativos do hospital.

Encontramos aqui um importante ponto de análise que se repete no discurso dos nossos entrevistados, ponto referente à relação entre a universidade e o hospital. A universidade garante bons profissionais e o hospital não garante recursos materiais. Encontramos do lado da universidade uma idealização, na qual os profissionais são excelentes, “sabem muito”, a produção científica é enorme, reconhecida internacionalmente, promovendo um grande salto tecnológico; e do lado do hospital encontramos escassez de recursos materiais e profissionais, que comprometem seu produto, assistência. Essa dicotomia reaparece nos discursos de diversas outras formas, em outros pares, muitas vezes conflitantes, que podemos articular como academia e administração; pesquisa e ensino-assistência; tecnologia e humanização; questões econômicas voltadas ao desenvolvimento tecnológico através das pesquisas e assistência humanizada; grande volume de atendimento interessante para fins de pesquisa e falta de tempo para uma atenção humanizada; entre outros que analisaremos detalhadamente adiante.

b) A humanização.

Retomando a missão primeira dos médicos na organização descrita por seus membros médicos que seria prestar assistência aos pacientes garantindo tanto a qualidade técnica e científica quanto a qualidade do contato humano, foquemos agora na questão da humanização.

Segundo a organização hospitalar (HSP), humanizar significa:

“... agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve

ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano. A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão. Assim, essa tarefa nos convoca a todos: gestores, trabalhadores e usuários.” (Dados extraídos do site do Hospital São Paulo disponíveis no endereço <http://www.unifesp.br/spdm/hsp/historia.php>.)

O Hospital São Paulo tem tomado algumas medidas para implementar uma cultura mais humanizada na assistência, das quais destacamos: incentivo junto à reitoria de graduação para que a formação inclua o ensino da medicina humanizada; incentivo junto à reitoria de extensão, onde está sediada a residência médica e participação na seleção de residentes conforme já mencionado.; e na pró reitoria de pós-graduação as conversas e pedidos se dão com menor ênfase, uma vez que “o programa de pós-graduação é absolutamente independente inclusive das próprias disciplinas”. (ADM)

Uma medida a ser destacada é o desenvolvimento de certificação de qualidade que “diz respeito a melhor atenção que a gente possa dar aos nossos pacientes. Não é só pintar a parede bonitinha, não é aquela superficial, aquela que você se relaciona adequadamente com seu paciente.” (ADM)

Outro instrumento utilizado nesse sentido é a ouvidoria:

“Então a ação junto ao chefe da disciplina ou do departamento o hospital tem, porque isso é o dia-a-dia do hospital, olha o seu doente aí, o seu fulano, o seu médico, tratou mal o paciente olha aqui está a ouvidoria, vamos sentar, não pode ser mais assim, o pós-graduando é mais difícil, mas a gente tem conseguido com a residência médica e aplicando o instrumento da ouvidoria levantando aspectos que enfatizem isso”. (ADM)

Lembrando que no caso de um processo o hospital defende o profissional e quem arca com as despesas é o hospital.

Um integrante da administração do hospital lembram que o próprio sistema de Saúde (SUS) não colabora para uma assistência integralizada:

“o Sistema Único de Saúde não exige do prestador de serviço a integralidade do atendimento, ele fala isso como uma diretriz, mas na verdade quando vende o serviço, e o hospital pode comprar conjunto de consultas, conjunto de exames, conjunto de cirurgias, então não garante a um doente que entrou aqui pra fazer uma consulta, não garante na prática que ele fez consulta aqui, ele vai fazer exame aqui, ele vai ter todo especialista aqui, ele vai ser operado aqui, isso não garante, né? Então o próprio sistema assistencial, então, contribui pra uma integralidade desumana. Uma forma fragmentada de atenção.” (ADM)

A questão da humanização no contato com o paciente apareceu também com muita ênfase no discursos dos membros da organização, sendo que todos os entrevistados mencionaram essa missão de alguma forma, mostrando uma coerência com a missão proposta pela organização.

Para os entrevistados, além da capacitação técnica, que possa eventualmente curar as doenças, a assistência deve incluir outros cuidados por parte do profissional, tais como saber o nome do paciente, a idade, conhecer seu entorno familiar, sua angústias, propiciar um ambiente adequado de atendimento, proporcionar conforto ao paciente, atender o paciente com dignidade, ética e dedicação, preocupar-se com a prevenção de doenças.

A assistência deve ainda incluir os aspectos emocionais do paciente:

“Você ajuda não só não só no sentido médico, mas no sentido até psicológico, vamos dizer assim. Uma palavra é também um tratamento, na psiquiatria é bem visível isso.” (HR1).

A integralidade da assistência, que inclui além dos aspectos biológicos, os aspectos psíquicos e sociais do paciente, também foi diversas vezes mencionada:

“Acolher o paciente, cuidar dele, ver ele como um todo integrado, não só uma patologia, mas um ser humano. E integrado também na sociedade. Vejo a pessoa doente como sendo incapacitada de realizar aquilo que ela quer, ou a vida dela, de realizar os sonhos, os projetos dela. E acho isso que me levou a buscar a medicina, que foi, talvez poder ajudar a pessoa a retomar o objetivo de vida dela, os sonhos dela ou o que ela tem para fazer.” (U32)

“Ah, é tentar cuidar do paciente da melhor forma e menos dividido assim. Eu acho isso péssimo (referindo-se à divisão da assistência em sub-especialidades) porque o paciente, ele não entende direito assim, que ele está indo num serviço

que é de ginecologia então não tem a ver, pra ele, ele está indo no médico assim, não importa se ele é especializado em mama ou em mioma...”(U31)

Outro entrevistado concorda com a integralidade da assistência, que inclui cuidar das necessidades físicas, psicológicas e sociais que possam interferir na saúde do paciente, mas lembra que o médico não pode dar conta de todas essas questões e por isso acaba focando muito mais a doença do que o paciente.

“Eu entendo que o médico vai acabar privilegiando e priorizando esse cuidado mais intensivo que o paciente esteja precisando e cabe a estrutura como um todo prover a esse paciente, funcionários ou profissionais que possam atender a totalidade de suas necessidades. Então eu imagino que hospitais devam ter um serviço de apoio psicológico, as enfermeiras de certa forma tem outras responsabilidades diante do paciente, o serviço social eventualmente pode estar na dependência de cada caso...Eu entendo que o paciente está sendo cuidado por uma equipe aonde o médico é um dos elementos e não aquele que tem que dar conta de todas as necessidades do paciente.” (UP2)

Os entrevistados preocupam-se ainda com a qualidade de vida dos pacientes, o que significa:

“Acho que é buscar mais saúde como um bem estar geral, tanto saúde física, propriamente dita, como equilíbrio emocional, sentir que ele tem um lugar, que pertence, que pode ser acolhida quando estiver precisando. Que eu acho que é uma coisa que aqui os pacientes não têm, tem uma coisa de ter que lutar muito para conseguir ser tratado, de não ter um lugar que seja dele, que ele possa buscar quando tiver uma doença, alguma coisa assim. Na medida do possível dar uma orientação, porque acho que tem pessoas que além de carência de saúde mesmo, são carentes de saber aonde buscar as coisas que elas precisam, de que maneira, então acho que as vezes o médico pode estar numa posição de orientar nessa medida.” (HPQ4).

A questão da empatia com o paciente também tem sido uma freqüente preocupação dentro da organização:

“E, assim, dentro do que eu venho tentando trabalhar ao longo da minha vida, que se o profissional fizesse isso com compaixão e com um olhar para pessoa como ser humano, alguém que está sofrendo, que está precisando de ajuda, que geralmente está muito fragilizada também. Então, que o médico tivesse essa percepção ou lembrasse o que acontece com ele nesses momentos...”

Doenças são momentos de muita fragilidade, a gente facilmente esquece disso, né. Mesmo a gente passando por essas situações dolorosas na vida, às vezes a gente na hora de agir, isso não fica presente.”(HPQ1).

Alguns alunos da graduação deram respostas muito interessantes com relação a como a humanização da assistência vai se impondo à sua formação conforme eles percebem que muitas das doenças não têm cura ou têm apenas um controle:

“Porque até esse conceito de missão... é um conceito que vai mudando ao longo da nossa formação. Então eu acho que certamente por estar saindo dos vestibulares e entrando na escola, a gente tinha uma visão do que era a missão médica, talvez uma visão até um pouco romântica né? De qual era o papel do médico. De que o médico era aquele que provia saúde, aquele que curava, aquele que resolvia os problemas das pessoas. E eu acho que isso, eu acho talvez que o termo “se perdendo” seria o correto. Eu acho que isso vai se transformando ao longo da faculdade né? E eu acho que a gente vai percebendo cada vez mais que o nosso “poder” em ajudar as pessoas é menor, mas ao mesmo tempo, que a nossa responsabilidade em ajudar as pessoas é maior. Acho que é um descompasso que a gente vai tendo. Ao mesmo tempo em que a gente percebe que a nossa impotência em resolver um problema... 89 por cento das doenças que a gente... Que tem nos nossos pacientes... A gente percebe o quão grande é a nossa responsabilidade em dar pelo menos um suporte de vida a esses pacientes.” (U61).

De tal forma que cuidar do paciente, para esses alunos, significa ajudá-lo a conviver com a doença e aliviar, na medida do possível, seu sofrimento.

“Quando a gente entra na faculdade, a idéia é que a gente vai salvar vidas. Que o conhecimento vai salvar as pessoas realmente. Que uma pessoa tem uma doença e com a gente ela sai curada. Durante a faculdade, conhecendo as armas que a gente tem pra lidar com as doenças, acaba não acontecendo exatamente assim. A gente descobre que as doenças têm mais controle, que a pessoa tem mais como aprender a conviver com ela, do que necessariamente sair curada. Agora cabe do... Da habilidade do médico, do profissional de saúde é... Passar a informação um pouco pra pessoa, pra ela entender a situação. Não ter a idéia de que ela vai ser curada, mas pra ela entender a condição em que ela está e da maneira mais tranqüila possível, pra que não traga sofrimento

psicológico, principalmente. Acho que mais do que o sofrimento biológico, o sofrimento psicológico mesmo.” (U63).

Esse “sofrimento” pode ser, além de biológico e psicológico, espiritual, e social.

“Sem dúvida acho que todos nós gostaríamos de poder aliviar o sofrimento total da pessoa né? Mas a gente sabe que parte do nosso trabalho também... É... Precisa de ajuda de outros profissionais que vão resolver outros sofrimentos que não o sofrimento biológico, mas também o sofrimento psíquico, sofrimento social e até espiritual em algumas vezes né? Então eu acho que a gente tenta atuar da melhor forma possível no sofrimento global do paciente, mas eu acho que o nosso... Assim... Acho que o que nós somos tecnicamente preparados é pra lidar com o sofrimento é... Talvez até psico-biológico... Que a gente sempre tá... Embora não sejamos psicólogos... Eu acho que o bom atendimento médico, uma relação médico-paciente descente, bem estruturada, também tem um efeito psicológico positivo sobre o paciente. Eu acho que tem que ficar meio que... Nessa tríade né? Nessa questão biopsicossocial... Biopsicológico né?” (U63).

Um aluno afirmou que, ao longo da formação, eles vão “sofrendo” uma maturidade que amplia a noção de cura da doença:

“E na linha do que ele falou, eu acho que vai havendo uma transformação da visão romântica pra visão madura do que é lidar com pessoas. Que a gente lida assim, com diferentes aspectos de religiosidade, de culturas, enfim. Uma gama muito extensa de coisas que influenciam na parte fisiológica do paciente. Então eu acho que a gente tira a capa do super-homem do começo, de quando a gente entra na faculdade e a gente começa a ter maturidade pra não, de repente é... Lidar com o termo “curar”, mas lidar com o termo confortar, com o termo... Oferecer o ombro a aquele que precisa né? E... Mais até do que o aspecto, necessariamente de... Curar mesmo a patologia daquela pessoa é tentar dar um suporte pra ela de melhorar os sintomas, de lidar com aquilo que na verdade compromete onde está o problema. Eu acho que é uma questão de maturidade que a gente vai sofrendo ao longo do trabalho.” (U62).

b. 1) Condições oferecidas pela organização universitária e hospitalar para cumprimento da assistência humanizada na graduação.

Ainda que possamos pensar que é politicamente correto responder numa entrevista que a assistência num hospital público deva ser humanizada, principalmente sendo o entrevistador sabidamente uma psicóloga que trabalha na organização, inclusive ministrando aulas de Psicologia Médica, as respostas acima relatadas revelam que um atendimento humanizado - que considera aspectos psíquicos e sociais dos pacientes, assim como seu posicionamento subjetivo e participativo no processo de adoecimento – tem um valor significativo para os membros componentes dessas organizações. No entanto, quando questionei se a universidade e o hospital oferecem condições para que essa missão se cumpra, encontrei muita frustração e até desamparo nos entrevistados.

Começando pela graduação de medicina, os alunos notam um esforço da universidade em propiciar uma visão mais integrada dos pacientes. Percebem esse esforço proveniente, principalmente, de disciplinas como Psicologia Médica, Medicina Preventiva e Psiquiatria. Notam esse esforço por parte de diversos professores de outras especialidades que demonstram abertura e valorização dos aspectos psíquicos, sociais e culturais que possam interferir no processo de adoecimento dos pacientes. No entanto, ainda que parte das disciplinas e professores valorizem isso, os alunos percebem que alguns fatores não permitem que esse esforço reverta-se efetivamente numa formação humanizada.

Conflitos de valores.

O primeiro fator a ser destacado é que os alunos percebem um conflito de valores dentro da universidade, sendo que grande parte dos professores e das disciplinas são mais “práticos” ou “focados na doença” e não valorizam os aspectos humanos:

“tem uma corrente que, ou algumas aulas ou departamentos que valorizam um pouco mais o aspecto humano e por outro lado outros que são mais, não sei, são mais práticos assim, não valorizam tanto isso. Eu acho que é muito, como eu falei, nós temos muitos professores que a gente não tem vínculo e tal. Acho que no final qualquer filosofia meio que se mistura ou se perde dentro disso assim,”
(U32).

Fragmentação da estrutura do curso.

Essa fala introduz outro fator bastante destacado pelos alunos que seria uma intensa fragmentação na estrutura do curso, o que segundo eles avaliam, não permite que se tenha uma visão integrada dos pacientes. Dentro da estrutura mencionam uma desintegração entre as disciplinas do curso, de modo a criar uma subdivisão das disciplinas em especialidades que não fazem conexão com o todo, sendo ministradas por diferentes professores especialistas em determinados assuntos:

“Eu acho que os professores, eles em geral, abrem espaço para conversar sim. Mas eu acho um dos problemas também é que a gente tem muitos professores para dar aula. Tem muita especialização. Então você vai ter uma aula sobre rim, vai um cara que é especialista em rim. Ele vai lá e vai te dar aquela aula. E você nunca mais vê ele. Então você não tem vínculo, ele não sabe seu nome. A maioria não sabe o nome dele mesmo. Nossa! A maioria dos professores eu não sei o nome, com quem eu tive aula. Alguns professores a gente pega o nome por que é um curso mais longo, você acaba criando um vínculo. Você tem um diálogo mais franco, mais aberto. Você pode ir lá. Mas mesmo se a pessoa abre espaço, você às vezes nem sabe o nome do professor, você não lembra dele.”
(U12).

De tal forma que a estrutura da graduação possibilita uma relação entre professores e alunos incompatível com a relação médico-paciente tida como humanizada, onde a primeira coisa que o médico deve saber é qual é o nome do paciente. E o paciente deve saber o nome do médico, sentir que pode falar e perguntar sobre seu corpo e seu estado de saúde, participar do seu tratamento.

Didática.

Os alunos mencionam ainda que todos os professores são muito bem preparados do ponto de vista técnico, mas nem sempre didáticos. A própria metodologia das aulas que são, freqüentemente, ministradas no escuro em Power Point, segundo os alunos, não propicia um espaço de troca e participação dos alunos.

“As aulas de comunicação eram assim, naquela sala de aula se sentava e acompanhava os slides e aprendia metodologicamente como funciona um processo comunicativo, você olhava para a comunicação através de conceitos e eles apresentavam isso pra gente. Bom a gente aprendeu... (risos). Na verdade não ensinou nada, muito pelo contrário, a linguagem, a comunicação se

aprende por contato, na experiência com outras pessoas, o que não acontecia. As pessoas só se comunicam com outro ser humano, não tem como, você não se comunica... com um slide. toda dinâmica que é passada se estrutura nessa linha, ela quebra o que é ideal. Primeiro ela não favorece o contato, entre os seres humanos e segundo todo contato é filtrado pelo conceito, pelo médico.” (U20).

Metodologia.

Alguns alunos comentaram ainda, sobre a metodologia, o fato de o curso exigir muita “*decoreba*” e pouca leitura acompanhada de reflexão. O que constitui, segundo sua percepção, um curso técnico, sem reflexão crítica. Essa percepção do curso é bastante homogênea entre os alunos entrevistados, tanto aqueles que consideram isso uma falha do curso, quanto para os que consideram que o curso deva ser assim mesmo, que “*médico não precisa saber muito sobre outras coisas que não dizem respeito diretamente à doença*”. (U20).

Foco e chacota.

Os alunos que questionam esse modelo e tentam ser mais reflexivos, questionar o que os professores ensinam, tanto quanto aqueles que se interessam pelas emoções dos pacientes são motivo de chacota entre os colegas. Eles sentem que “*pega mal*” fazer isso, e a partir do primeiro ano do curso aprendem que é melhor ficar calado. Suas tentativas de abertura da conversa para outros temas que não o estritamente biológico são percebidas e nomeadas como “*desvio de foco*”. E percebem isso como

“uma consequência da estrutura... a gente vai passar um caso, se a gente começa a falar muito dessa questão o professor às vezes pode olhar e falar: nossa, mas porque vocês estão falando isso, entendeu? Aí a gente já não fala muito e pula pra queixa e não fala e aí seria difícil também chegar e mudar isso porque a gente na graduação a gente fica... tem bastante atividade prática mas a gente vai mudando assim, acaba não conhecendo tão bem o professor assim ao ponto de tentar mudar alguma coisa entendeu? A gente só vai obedecendo assim o que é falado pra gente fazer: ah vai lá e atende rápido... tem que ser rápido, aí o professor começa a bater na porta da sala de atendimento, tem que terminar a anamnese rápido, várias vezes acontece isso. Aí a gente fala não,

então é melhor a gente ter, dependendo do serviço que a gente está, falava vamos se focar porque senão não tem como a gente ficar, aí acaba sendo isso mesmo. Outra paciente na ginecologia falava que tinha muitas dores e tal, e aí ela tinha dor de cabeça alguma coisa que não entrava tanto na parte de ginecologia mas eu acho que essa era a queixa principal dela, ela reclamava, toda hora ela falava, comentava da dor de cabeça dela, aí a gente foi passar o caso a gente começou a fala que ela tinha dor de cabeça tal, aí o professor mudava de assunto já, aí no final a gente até perguntou mas a gente não faz nada em relação a dor de cabeça, ah não, por enquanto vamos tratar isso dela - que eu nem lembro qual era o problema dela, era uma coisa bem simples - depois a gente vê isso. Então realmente tem muito essa coisa de tentar focar ao máximo.” (U31).

Onde os fracos não têm vez...

E caso se interessem e se aproximem de um paciente, demonstrando algum envolvimento emocional, são vistos como fracos.

“E eu acho que também os alunos que acabam gostando mais disso às vezes acabam sendo meio mal vistos. Eu tenho uma amiga que falou que quando passou numa enfermaria onde cada aluno fica com um paciente, ela pegou uma paciente super jovem que tinha quase a idade dela, a paciente ficou bastante com ela e a paciente tava com linfoma do pior tipo e tinha dois filhinhos pequenos. E ela foi internada porque ela tava super inchada tal, com dores, mas ninguém sabia direito o que era. Aí ela falou que foi horrível ver como ela foi ficando pior muito rápido e ninguém chegava pra falar pra ela o que ela tinha e os exames demoravam muito pra serem feitos, e ela falou que ficava muito angustiada, que as outras pessoas do grupo todos tinham pacientes que iam melhorando e a dela não tinha nem o que fazer, porque não dava mais nem pra ela fazer o exame físico porque ela tinha muita dor tal, então ela não fazia quase nada assim, e aí ela resolveu então, falou ah já que eu não posso fazer exame nela, a anamnese já não evoluía mais porque ela só piorava, aí ela falou ah eu vou começar a ir lá, conversar com ela, levou revistas pra ela, tal, e aí a paciente começou a pedir pra que ela fosse junto em alguns procedimentos, em alguns exames, e ela chorava muito essa paciente, e aí as pessoas do hospital

começaram a falar que ela era muito mimada, paciente que chorava muito tal, fazendo muita manha. Eu fico pensando tipo uma paciente de 22 anos que entra no hospital, percebe que tá piorando a cada dia, com dois filhos super pequenos, não tem como não chorar em todo exame assim que vai fazer, aí a minha amiga foi e aí segurou a mão dela tal, às vezes, aí ela falou que depois na reunião com os residentes, os residentes falavam ah porque você tem que entender o papel do médico, não é ficar segurando a mão do paciente, aqui é outra coisa e ela falou que ela percebeu que era uma crítica direta a ela e aí ela ficou quieta e falou que não tinha como contestar naquela hora entendeu, eu acho que tem muito isso da obediência, da hierarquia. Ela falou que não tinha, que era uma reunião com os residentes, com os professores e ela não ia chegar, uma pessoa do quarto ano, ah eu acho que fiz certo assim, eu acho que ajudei mais ela assim. Aí no final essa paciente, parece que ela foi pra UTI, mas dava até pra ela não ter ido e as pessoas falavam acho que aqui não tem mais estrutura pra ela, mas aí minha amiga falava que era claro assim nessa frase que não era assim estrutura de aparelho tal, que ela não tava precisando tanto era porque ninguém tava mais agüentando conversar com ela e aí mandaram pra UTI e aí no dia seguinte ela faleceu. Que foi tipo muito assim, ela foi ficou sozinha lá, não podia nem receber visita.” (U31)

A essa altura da análise dos achados começo a me perguntar: ou bem minha amostra de entrevistados não é representativa da organização, ou bem ela é viciada, ou bem parte da missão do médico internalizada pelos membros da organização está longe de ser alcançada. A contradição entre a missão idealizada e a cumprida efetivamente na prática é, segundo nos ilustra o caso clínico acima descrito, intensamente profunda. Era notável nos alunos entrevistados, através dos risos fora de hora, das expressões faciais, e das próprias palavras – “*é uma questão de maturidade que a gente vai sofrendo ao longo do trabalho*” – o desconforto, frustração e insegurança despertados por essa contradição. Mesmo considerando que não há aprendizado sem algum grau de frustração e desilusão, avalio que os alunos estão expostos a um sofrimento mais intenso do que aquele inerente ao processo.

Hierarquia.

A fala acima levanta outro ponto de resistência ao ensino da integralização da assistência, presente no discurso de outros alunos, referente à hierarquia, quase militar – Foucault lembra-nos da origem militar dos hospitais – entre o aluno do primeiro e do segundo ano, entre o do segundo e do terceiro, entre o do quinto e do sexto ano, até os residentes, entre os quais os residentes do primeiro ano sentem-se muito inferiorizados em relação aos do segundo ano, etc. Diferenças hierárquicas que fazem calar o aluno. Silêncio acompanhado de medos: medo de ser caçoado, medo de não ter nota suficiente para passar de ano, medo de perder o foco da doença, medo de, por perder o foco, “comer bola” e perder o paciente, medo de não saber como lidar com a emoção.

O que fazer com as emoções?

Este último temor foi muito mencionado pelos alunos que se queixam de cansar de ouvir falar, durante a graduação, sobre a relação médico-paciente, sobre os aspectos psicológicos dos pacientes, mas não sabem o que fazer com isso. A fala a seguir ilustra essa queixa:

“eu acho que é uma visão que às vezes até os médicos preferem porque às vezes têm medo da resposta, preferem não perguntar as coisas porque não sabem às vezes como lidar muito bem. Ou é uma falsa idéia de que isso seria mais eficiente pra ganhar tempo, porque ia se focar só no problema principal assim, quer dizer no serviço que o médico está atendendo, então só se focar naquilo. Mas não sei direito, acho que tem a ver que às vezes algumas pessoas não perguntam por que não querem ouvir a resposta porque não saberiam o que fazer com aquilo então é melhor não perguntar. Não sei. Mas não sei por que foi feito desse jeito, eu acho que... a pessoa às vezes não sabe nem pra quem encaminhar então não pergunta porque não só não sabe o que responder mas não sabe também o que fazer.” (HPQ6).

Um professor pondera que o problema consiste em

“dar para um aluno um determinado corpo de conhecimento que não se liga diretamente a uma possibilidade intervenção. Eu, quando eu era estudante de medicina e quando eu fui residente, eu tinha um interesse específico por questões ligadas ao alcoolismo. E lembro que muitas vezes os médicos não enxergavam o problema de alcoolismo que existiam em seus pacientes por que quando eles enxergavam eles não tinha a menor idéia do que fazer com isso.

Então se eu não sei o que eu vou fazer com alguém que bebe muito, se eu não tenho nenhum tipo de intervenção médica que me ensinaram a ter, que possa ter bons resultados pra de alguma forma desempenhar. Assim, quase que psicologicamente pra mim é melhor não ver que o paciente tem esse problema, por que se eu ver isso vai se transformar em um problema pra mim por que eu não sei o que fazer com isso. O que é que adiante eu aprender a olhar pros aspectos psicológicos de um paciente se ninguém me ensina o que fazer por isso. Em seguida, se eu vejo que um paciente está sofrendo por que ele tem um câncer, mas ninguém me dá os instrumentos, ninguém me ensina como é que eu tenho que lidar com isso, como é que eu posso fazer uma abordagem do paciente num nível menos especializado que atenda a necessidades mínimas ou as demandas mínimas emocionais ou psicológicas. O que eu vou fazer com isso? Se eu não sei o que fazer com isso, eu prefiro não enxergar.” (UP2)

É possível ensinar a observar e lidar com emoções?

Encontrei outro fator, que certamente contribui para uma não integração entre os aspectos psíquicos e emocionais aos orgânicos, que é uma crença, entre alunos e professores, de que essa experiência de lidar com pessoas se traz do “berço”, algumas pessoas têm um “feeling” para isso ou então, aprende-se na própria experiência com pacientes. A crença é de que não é possível ensinar e aprender sobre o funcionamento psíquico, emocional e suas conseqüências na relação com o médico, ou profissional de saúde. Como se todo o campo de saber e conhecimento da Psiquiatria e da Psicologia não fosse um campo de saber passível de transmissão. Os entrevistados reconhecem que é possível aprender a diagnosticar um caso psiquiátrico mais grave e berrante, como um surto psicótico ou uma depressão maior, mas perceber aspectos mais sutis sobre o humor ou estado emocional do paciente depende da sensibilidade do aluno desenvolvida no berço. E o que fazer com o que se percebe, quando se percebe, como lidar com isso, aprende-se na prática, não é possível ensinar isso. Como se fosse possível ensinar como tratar e lidar com as questões orgânicas das doenças apenas nas salas de aula. Fosse assim, a própria residência médica não seria necessária.

Chamei de crença, porque encontrei contradições nos diversos discursos. Por exemplo, o mesmo aluno que afirma que esses conhecimentos não são transmissíveis,

mais para frente no decorrer da entrevista, ao definir a abordagem humana de um caso clínico que atendera afirma:

“Respeito à liberdade da pessoa, escutar o que ela tem a dizer, respeito à opinião dela, tipo de tratamento que você vai propor, considerar aspectos que sejam importantes pra ela no âmbito familiar, levar em conta questões da dinâmica própria dela que prejudiquem o seu tratamento. Eu acho que coisas que a gente viu na faculdade de alguma maneira?” (U33).

Ou o modo ou o método de ensino da Psicologia Médica não resulta em capacitação dos alunos e ou residentes para lidar e tratar essas questões junto a seus pacientes; ou a crença prevalece sobre a realidade que mostra alunos razoavelmente capacitados.

E tal situação gera muita frustração nos alunos

“Então é péssimo a pessoa contar alguma coisa pra gente assim, porque mesmo a gente sendo aluno a pessoa está entendendo como se a gente fosse um médico já, conta e comenta alguma coisa sobre a família e a gente não chega com nenhum resultado, nenhum retorno pra pessoa assim, ah nem que seja vá em outro lugar tal, simplesmente a gente ignorou assim as coisas que ela falou. Ela (uma paciente que se queixava de dor de cabeça) teve uns problemas depois do parto, ela teve umas infecções e aí, ela se separou do marido. A gente até perguntou, mas a gente não conseguiu passar isso pra ninguém então isso não foi feito nada.” (U31).

Os pavores.

Dentre as situações clínicas temidas pelos alunos, pela sua intensidade e ou dificuldade emocional, destacam-se o choro diante de uma má notícia, como falar sobre a morte e como ajudar o paciente a conviver com uma doença crônica.

A respeito do choro, um exemplo:

“Então eu sempre fui muito identificado como psiquiatra e eles viam que o paciente começou a chorar no meio da consulta e perguntavam: o que faço, não quero. Então era muito comum. Eu tinha uma amiga que ela abraçava todos. Quanto abraço, ela falava não chora, não fica assim. Todos, todos. E eu falava não é assim, mas ela falava tem uma pessoa chorando na minha frente o que eu faço. Acho que tem um despreparo muito grande de ficar em contato. Eu dizia:

você fica quieto, e ela respondia: mas vou ficar vendo a pessoa chorar. Dá um tempo, vê o que vai acontecer... mas acho que é muito difícil né, as pessoas ficam muito assustadas.” HPQ5).

Sobre a morte, um exemplo ilustra bem o sofrimento e desespero que essa situação gera nos alunos:

“E falar que tem que ir pra UTI, ela falou que foi muito claro sabe, que não tinha porque, ah não tem mais o que ela fazer aqui e vai pra UTI. Eu acho que as pessoas nem sabe mesmo que... os alunos ficam desesperados e aí essa minha amiga contava que a paciente perguntava muito pra ela: mas, você acha que eu vou morrer, ficava perguntando e aí ela falava que não agüentava que ela chorava junto com a paciente, porque ela falou, não tinha estrutura nenhuma, nunca passei por ninguém assim, nem na minha família, nada, não sabia como lidar com aquilo de jeito nenhum sabe. Falar da morte, impossível assim, porque, nossa, é uma coisa que qualquer dia que você passe um tempo lá você vai ver alguém morrendo lá, não tem como assim, e o chefe do plantão disse que não pensa nisso. E ele é uma pessoa super comunicativa, ele já tinha dado aula pra mim de outra coisa e aí eu lembro que ele ficou super quieto quando o entrevistei sobre a morte, para um trabalho sobre Psicologia Médica, ele não conseguia falar.”(u32)

Auto-avaliação dos alunos e professores.

Os alunos fazem, espontaneamente, uma auto-avaliação diante dessa estrutura, que consideram rígida e pouco aberta à crítica e reflexões, e reconhecem uma passividade da sua parte. A passividade se expressa, por exemplo, na baixa participação dos alunos no Centro Acadêmico, cujas reuniões têm contado com o quórum, em média, de cinco pessoas, segundo um entrevistado que costuma frequentar tais reuniões. Tentam explicar ou justificar sua passividade ora porque se identificam com o “*ufanismo*” mencionado segundo o qual basta ser aluno da Escola Paulista de Medicina para se tornar um bom médico, então porque seria importante estudar, pensar e refletir sobre o campo de conhecimento e a profissão; ora porque a estrutura é rígida e se não se adaptarem correm o risco de exclusão, seja moral – ser caçado pelos colegas - seja concreta – não ter nota suficiente para passar de ano.

Obviamente, os alunos que fazer essa auto-avaliação não se identificam completamente com o ufanismo, mas percebem isso em outros colegas, e sentem-se pequenos demais para brigar com o que chamam de “*sistema*”, sentem-se sozinhos e demonstram, por vezes, muito sofrimento e frustração. Houve, nas entrevistas, relatos de brigas corporais – relacionados à entrada na faculdade, a trotes - com um grau de violência sugestivo de muito sofrimento (U20, U14). E por fim, certa resignação, de que as coisas funcionam assim mesmo, e há que se tolerar isso, preferidamente calados, até o fim do curso, quando então poderão fazer na prática profissional aquilo que têm como ideal. Um aluno chegou a considerar que a graduação não ajuda a humanizar os alunos de medicina, ao contrário, colabora para desumanizar. E questionou o que é humanização de forma bastante curiosa e lúcida:

“eu tava esses dias, conversando com uma pessoa lá no Hospital X (referindo-se a um hospital da rede privada), e ele me falou que estão dando curso de hotelaria para enfermeiro. Então o que acontece, as enfermeira fazem esses cursos e o hospital vira um hotel, você é bem recebido enfim, eles têm o que há de mais avançado no universo, dai você vai lá, chega ao hospital tem um piano no hall e dai o hospital está humanizado. (risos)”(U20).

Além do ufanismo, os alunos percebem nos professores certa nostalgia de que a EPM já foi uma escola melhor:

“Ao mesmo tempo em que tem esses professores que falam isso assim, têm discurso apaixonado e muitos alunos compram isso. Nessa postura mesmo de não ser crítico, de ter essa visão, a pessoa acha nossa! Realmente eu estou na melhor faculdade do mundo, eu não vou, talvez eu vá sair daqui um excelente médico sem ter me esforçar ou fazer grandes coisas, por que, eu estou na Escola Paulista de Medicina. E ao mesmo tempo que tem esses professores, tem outros professores que são críticos. Eles chegam e falam mesmo, “olha, aqui”, professores mais antigos, eles falam “olha, aqui já foi muito melhor do que é hoje, o nome da escola foi feito por características ou por um ensino que a gente tinha tempo atrás que se perdeu, ou que ficou desvalorizado, ou que deixaram de valorizar”. Assim, no sentido de terem deixado de lado. O ensino, a graduação, em específico. E, mas assim, respondendo o que você me perguntou inicialmente da filosofia, eu acho por terem essas duas correntes assim, ou por serem muitos professores, às vezes o professor realmente nem emite opinião, vai lá dá a aula dele. Acho que qualquer filosofia fica meio misturada. Então tem

peessoas que acham que você realmente, a filosofia seria ensinar o aluno pra ter uma visão completa do paciente, pra ter um pouco, um pouco de mini concordância até com aquilo que eu falei que eu entrei meio que esperando assim. A questão do cuidado, de atender o paciente de uma maneira, de maneira total e, então tem essa filosofia e outros assim que passam a idéia talvez que você entrou aqui, você já vai sair um super médico e, talvez, acabam levando em conta isso. Por que às vezes até talvez, eles acreditam que realmente você tem que levar em consideração o paciente, mas isso não é valorizado no discurso deles. Então isso acaba passando em branco assim.” (U32).

Essa fala mostra com muita clareza a contradição que tento aqui demonstrar entre os valores institucionais, além de abrir para a outra missão apontada pelos entrevistados que é o ensino, mas exploraremos essa questão mais adiante.

Se do ponto de vista da capacitação técnica e científica os membros da organização sentem-se satisfeitos com os recursos humanos dos quais dispõem, do ponto de vista da capacitação para lidar com questões humanas, sejam elas sociais, culturais ou psíquicas, os membros da graduação sentem que a organização deixa muito a desejar. De um lado ela propõe um ideal que todos consideram adequado e que deve ser perseguido, mas por outro parece não se comprometer totalmente com essa diretriz, que é importante, mas não digna de muita nota! Acaba “*passando em branco*”.

Mesmo a capacitação técnica, tida como certa e imbuída de ufanismo, é questionável e aparece de outra forma. Um entrevistado citou uma avaliação nacionalmente feita das universidades, na qual a UNIFESP foi considerada a melhor. A medicina tirou nota três de um total de cinco, e a reitoria afirmou que os alunos boicotaram a prova, tentando justificar o baixo rendimento do grupo. Os alunos afirmam que não boicotaram e que a reitoria usa isso como desculpa para mascarar o resultado e manter o orgulho da instituição.

“E usou isso como desculpa pra tentar mascarar. Por que pega mal mesmo a instituição falar que não é cinco mesmo. (ri) Então eu acho assim tem muito orgulho das pessoas de estar aqui. Eu me sinto orgulhoso também de estar aqui. Mas você tem que fazer alguma coisa para manter, para isso ser real. E acho que a graduação acaba sendo deixado de lado mesmo. As pessoas acabam se atendo muito a esse orgulho de estar aqui dentro.” (U32).

O que nos leva a pensar que o orgulho pode estar a serviço de disfarçar a incerteza, mesmo técnica, diante de doenças graves e fatais.

Entre os professores entrevistados esse tema pareceu fonte de preocupação e desafio. Percebem que essa é uma deficiência da universidade, e alguns pareceram bastante comprometidos com a causa, inclusive tentando pensar metodologias de ensino mais eficazes, acreditando ser possível transmitir o conhecimento e desenvolver a capacidade de observar a realidade psíquica dos pacientes e lidar com isso de forma empática e continente. No entanto, ao serem questionados sobre a eficácia de seus ensinamentos, não pareceram amparados em pesquisas que avaliassem mais objetivamente isso, respaldando-se em encontros fortuitos com alunos nos corredores da universidade que mencionam como foi importante aprender sobre humanização, agora que estão atendendo pacientes na prática. Ou outros alunos que dizem, ao contrário, que agora que estão frente à frente com os pacientes não sabem o que fazer com o que aprenderam. Assim, a avaliação da efetividade do que é ensinado no curso não é precisa nem objetiva, ficando à mercê da subjetividade do entrevistado. Entre os alunos essa avaliação também pareceu muito subjetiva, dependendo da importância que o aluno confere a essa questão, ou dependendo daquilo que ele pode reconhecer como aprendido na universidade ou não, que é fortemente influenciado pela crença acima relatada, de que essa matéria não se ensina, se traz do berço.

Os professores não tão engajados com essa causa reconhecem sua importância, mas, muitas vezes, também acreditam que eles próprios aprenderam isso na prática, e que, dentro do infinito conhecimento médico que há para ser transmitido aos alunos, não há tempo hábil para aprofundar outras questões, que acabam “*passando em branco*”.

De qualquer maneira, apesar de ser um ideal proposto pela organização e internalizado por seus membros, não parece ser uma diretriz que a organização consiga cobrar dos seus professores, deixando à mercê do interesse de cada disciplina ou de cada professor.

Exceto algumas iniciativas quase individuais, pois mesmo dentro das disciplinas não encontramos uma diretriz acadêmica de ensino coesa e coerente, no dia a dia da universidade, nas salas de aula, nas discussões, o que predomina é o discurso do professor de anatomia descrito no capítulo sobre a universidade, segundo o qual, não sabemos quem foi aquele indigente, o que ele viveu, o que ele sofreu, e se houve missa de sétimo dia pela sua morte.

b. 2) Condições oferecidas pela organização universitária e hospitalar para cumprimento da assistência humanizada na residência médica.

Na residência médica encontramos a mesma distância entre o ideal do discurso e a realidade da prática. Idealmente os médicos assumem como missão propiciar um atendimento íntegro aos pacientes – íntegro, no sentido de considerar sua realidade psíquica, cultura e social, para além da biológica – mas, na prática, “*não há tempo hábil para isso*”, “*temos que focar a doença, porque a demanda é muito grande no hospital*” e “*os recursos do hospital são insuficientes*”. Estes são os argumentos mais citados pelos entrevistados para justificar o não cumprimento da sua missão.

Tempo.

A questão do tempo foi muito citada por todos os entrevistados, incluindo inclusive uma recomendação da organização Mundial de saúde que se atenda os pacientes em quinze minutos. Como é possível propiciar uma assistência humanizada e íntegra em quinze minutos? Em alguns depoimentos os entrevistados mencionaram serviços onde se atende cem pacientes em duas horas! Trata-se de um dado de realidade que não podemos ignorar.

Mas um dos entrevistados aprofundou a discussão de forma bastante lúcida: “*Então eu acho que o problema do tempo é, não sei, limita mesmo, você tem que discutir rápido as coisas, é tudo muito rápido, tem que atender vários pacientes, a demanda é muito grande. Mas a pessoa acha que, às vezes, está ganhando tempo e tal e pensa um pouco mais no serviço dela ali, tem que ser eficiente ali, atender vários pacientes, mas às vezes, se for pensar no serviço de saúde como um todo é bem ruim mesmo porque a paciente vai mudando de lugar. Se ele não se sente bem atendido ele vai procurar outro serviço e gastar o tempo de outro profissional.*” (U64).

Assim, às vezes é preciso perder tempo para ganhar tempo.

Outros depoimentos descrevem setores do hospital onde a estrutura física é mais cuidada, setores organizados

“*As pessoas sabiam o lugar onde elas faziam os exames, os lugares onde elas pegavam os resultados. Os exames iam direto para as pastas, digamos que coisas básicas que não acontecem no resto do hospital. Então a pessoa fica*

realmente perdida, batendo cabeça para conseguir encontrar. As consultas tinham menos pacientes por períodos, podia ficar mais tempo. Tinha um setor que orientava os pacientes, eu lembro muito desse cuidado. Mas eu acho mesmo que o aspecto emocional do paciente, mesmo nesses setores, fica como uma coisa secundária. É, acho que de maneira geral as pessoas têm dificuldade de entrar nisso. Ela sabe que se ela perguntar, ou pode imaginar que se ela perguntar, e aí o que ela vai fazer...”. (HPQ6)

Novamente a questão: o que fazer com as emoções?

Foco.

Em função do tempo, a questão “*focar a doença*” ou a queixa principal trazida pelo paciente na consulta torna-se imperativo. O problema é que isso também contribui para o especialismo e a fragmentação da assistência:

“O nosso... acho que o grande dificultador disso é que a especialidade não vê o todo, são poucas as especialidades que vêem o todo, embora o prontuário seja único é muito comum olhar assim, opa aqui tá o meu, nem lê o resto, então aí é o exemplo mais claro de que a especialidade só tá olhando pra sua especialidade, não pro paciente.” (HR3).

Apresento a seguir outros dados estruturais e relacionados à divisão e organização do trabalho que possam ajudar a analisar tal situação.

Organização do trabalho na residência.

Os residentes fazem uma distinção entre os atendimentos de urgência, no pronto socorro, e os atendimentos eletivos, nos ambulatórios e nas enfermarias. Normalmente, a carga horária dos, em média, dois anos de residência é dividida entre esses setores do hospital. Assim, os residentes fazem um esquema de rodízio entre os setores e passando alguns meses no ambulatório, alguns meses na enfermaria da especialidade e alguns meses no pronto socorro.

No **pronto socorro** o contato com o paciente é muito breve e imediato, não permitindo ao profissional e ao paciente a construção de um vínculo muito profundo. Vale lembrar que, apesar de breve, o contato pode ser bom e humano.

Nos **ambulatórios**, o profissional tem um tempo maior de contato com os pacientes, mas a demanda é intensa e esse tempo não permitiria aprofundar uma anamnese que incluísse dados sobre a história de vida, familiar, trabalho, etc. Em média, numa das especialidades investigadas, o residente atende, num período de quatro horas, de seis a sete pacientes. O residente conversa com o paciente, chama o preceptor na sala, passa os dados para o preceptor que discute o caso com ele, na frente do paciente, o preceptor sai da sala, e o residente faz as prescrições necessárias.

Eu pude observar a manhã de um residente num ambulatório, e como era no mês de janeiro, o movimento do ambulatório estava mais tranquilo. O residente atendeu quatro pacientes naquela manhã. Notei que, mesmo tendo tempo hábil para isso, o residente não deu abertura para que as pacientes, portadoras de doenças crônicas, falassem de sua vida pessoal e de seu estado emocional. Uma das pacientes, em especial, tentou relatar ao médico que seus sintomas pioraram no último mês, e com isso ele teve que parar de trabalhar e morar de favor na casa de uma prima. A paciente fez três ou quatro tentativas de conversar sobre isso, mas o residente focava nos sintomas físicos. Quando o residente saiu da sala, a paciente contou isso para mim e começou a chorar. Eu estava apenas observando a consulta e a idéia era não participar da consulta, mas diante da demanda da paciente, acolhi seu choro, propiciando certa continência emocional, mas tentei não interferir mais do que isso. O residente voltou junto com o preceptor e prescreveram as medicações necessárias. A decisão do tratamento a ser prescrito ao paciente é sempre tomada junto a um preceptor. Após a consulta perguntei ao residente se ele não notara nenhum desconforto emocional na paciente e ele respondeu que não, que seu desconforto físico era tão complexo que diante disso o emocional tornava-se algo menor.

Observei que o residente seguiu durante a fase exploratória da consulta um roteiro de anamnese disposto na tela do computador. Pedi para olhar o chamado “prontuário eletrônico” e notei que não havia nenhum espaço no roteiro para questões relacionadas ao estado psíquico e emocional, tampouco sobre dados culturais e sociais do paciente. Observei ainda, outros dois residentes, nessa mesma manhã, e a estrutura dos atendimentos mostrou-se a mesma da descrita acima.

Esse mesmo ambulatório contava com uma psicóloga que realizava sua pós-graduação e oferecia atendimento psicoterápico aos pacientes, em virtude da coleta de dados para sua dissertação. É certo que, quando terminasse sua pesquisa, talvez o serviço não pudesse mais contar com esses atendimentos, mas no momento em que

realizei a observação acima descrita, o ambulatório contava com esse serviço. Outro ambulatório abordado contava com a presença de residentes da psiquiatria, também supervisionados por um preceptor, com quem os residentes da especialidade médica poderiam compartilhar e discutir os casos. Encontrei, durante minha pesquisa, várias dessas iniciativas que chamei de individuais, porque dependem do interesse e vontade de indivíduos, não sendo estruturas fixas determinadas e mantidas por uma diretriz estratégica da organização hospitalar. Nota-se uma dispersão de iniciativas e recursos que não seguem um planejamento.

Rodízio.

Quando essa paciente retornar ao ambulatório para outra consulta, lembrando tratar-se de uma doença crônica, o residente que a atendeu, muito provavelmente não estará no ambulatório, e ela será atendida por outro médico. Sendo que a passagem do caso de um médico para o outro não é trabalhada e devidamente cuidadosa, segundo um dos entrevistados, o que poderia amenizar as conseqüências do rodízio. De tal forma que, esse esquema rotativo da residência, não propicia, nos ambulatórios, a construção de um vínculo de confiança, para o qual é necessário ver o paciente mais do que uma vez, gravar seu nome, seu histórico. O próprio paciente, se não é atendido novamente pelo médico, esquece seu nome. Entretanto, durante minha pesquisa escutei histórias de médicos que são tão atenciosos com os pacientes, que os pacientes acabam encontrando um jeito, driblando a burocracia do hospital para voltar a ser atendido por aquele médico. Os colegas brincam dizendo que o paciente é particular de Dr. Fulano de Tal.

Até aqui encontramos então uma organização do trabalho dos residentes que não permite um vínculo humano, seja pelo volume de atendimentos, seja pelo rodízio dos residentes, seja porque as anamneses requeridas pelo prontuário eletrônico não contemplem aspectos outros que não os biológicos.

Preceptores: modelo de médico.

*Eu acho que uma das coisas fundamentais no exercício da medicina
é você trabalhar com esperanças,
por que se você não tem esperança
eu acho que você fecha tudo.”*

Nessa organização, que não precisa ser necessariamente assim - na psiquiatria, por exemplo, não é e trataremos disso mais adiante – encontramos um elemento fixo que é a figura do preceptor. Este fica e normalmente coordena o mesmo ambulatório durante anos, tendo a oportunidade de conhecer os pacientes seu histórico clínico e sua história de vida. Considero o preceptor um elementíssimo para a organização que almeja prestar uma assistência mais humana para seus pacientes.

“Claro que eu acho importante ter um currículo bem estruturado, mas quem ensina medicina é o paciente e o preceptor. Medicina é uma disciplina artesanal que é passada de mestre pra discípulo, não existe aula de medicina, aula de medicina não presta pra nada.” (U63).

Mas não há um protocolo ou um padrão exigido dos preceptores que, além de representarem na instituição a memória dos atendimentos, representam para seus residentes referências, modelos de identificação profissional:

“eu acho que a gente vai copiando um pouco o que as pessoas fazem assim em medicina, acho que é bem copiando. Pode ser também que a gente veja isso como um exemplo ruim, fala não, não quero fazer isso, mas acaba sendo meio condicionado a fazer parecido assim.” (U62).

Os residentes comentaram que dependendo do preceptor é possível saber mais ou menos sobre a vida e a dinâmica dos pacientes. Há preceptores que não se apresentam uma visão integrada dos pacientes e não propiciam espaço para discussão dos casos com os alunos de forma mais íntegra:

“Tem algumas mulheres que comentam que sofrem violência em casa do marido que é agressivo, não foi uma só, foi mais de uma. Teve outra paciente que foi há duas semanas que a gente atendeu, que ela parecia bem triste, ela tinha tudo assim, a gente não sabia direito nem... tudo que a gente perguntava ela falava não, dói o corpo todo tal, não sei o que, eu sinto muita dor, e ela parecia assim bem triste o jeito de falar tal. Aí a gente foi passar o caso e tinha 5 minutos pra discutir, aí a gente começou a falar pro preceptor lá, e aí ele falava assim não tem que... vamos focar na queixa dela, porque que ela veio aqui, mas ela não tinha uma queixa específica assim, dava pra ver que ela foi só porque ela queria uma ajuda e não sabia direito pra onde ir entendeu? Não, foi horrível assim. A gente teve que conversar com ela super rápido, encaminhar porque ela também tava com um nódulo na mama. Ela tava super preocupada, aí ela marcou

ultrassom e só tinha vaga pra julho de 2010. Aí a gente não fez nada com ela, falou volta quando você sentir alguma coisa, mas é assim entendeu? E eu percebo que em outros lugares também, se começa a entrar muito na coisa assim mais emocional eles falam não, não pode, tem que... isso aqui é outra coisa, não tem como assim, não tem essa visão global mesmo. Mesmo a parte física parece que se o paciente tem uma queixa diferente, não pode, isso aqui é com outro médico, não é com a gente”. (U31).

E há preceptores que são muito interessados nas questões humanas e sabem da vida dos pacientes, e da dinâmica psíquica dos mesmos.

“eu acho que às vezes também é bom pra você ver como um exemplo que você não quer seguir, porque não é todo mundo que é assim, às vezes a gente passa por professores que você fala nossa, é... que jeito bom de abordar as coisas com o paciente, tal... tem um preceptor que a gente gosta muito, principalmente de discutir casos com ele, que ele sempre entra um pouco nessa área mais familiar, ele acaba perguntando tal, mas ele não vai tanto ao serviço, mas quando ele vai, as pessoas até preferem conversar com ele. Então dá para ver assim que às vezes a gente tá atendendo e ele entra aí a paciente começa a falar de qualquer queixa, aí ele começa a perguntar, mas me conta antes como que é a sua família, ele sempre pergunta, ele pausa assim, pergunta e aí que ele entra mais na queixa da paciente. Eu acho que isso acaba ajudando, dá pra ver que a paciente acaba falando mais.” (HR1).

Pedi aos entrevistados que pensassem num profissional médico que considerassem um modelo a ser seguido e obtive respostas que apontavam para um profissional que:

“consegue falar com a pessoa, ele consegue ser um pai, tem mulher, tem família, tem hobby”; “é cientista na palavra mais genuína, ele é humilde ele é um cara que observa as coisas, ele consegue ter uma visão crítica para as coisas assim, e tem paciência muita para ensinar e as limitações dele, todas as vezes...”; “O fulano conversa e fala tudo que ele vai fazer, ele te explica, tem que ser assim por causa disso e disso. Um sujeito assim de sensibilidade, de cuidado”; “uma pessoa estudiosa, com um excelente expertise do ponto de vista do conhecimento tecnológico e que seja uma pessoa dotada de um poder de empatia muito grande, ou seja, essa capacidade de se colocar no lugar do outro, sem de alguma forma...se deixar tomar pelo emocional.”; “Penso em uma

peessoa estudiosa, que lê bastante, que se atualiza bastante. E que tem interesses muito variados além da medicina, que lê coisas não médicas, que sai, que viaja, que tem uma vida.”

Também solicitei aos entrevistados que pensassem num modelo negativo, que não pretendem seguir e as respostas contavam com características como a arrogância, achar que sabe tudo, que é o “*senhor de tudo*”, pessoas dogmáticas, “*peessoas com pensamento reducionista, pessoas com necessidades mercantilistas no exercício da medicina*”, pessoa que “*não olha pro paciente, nem pra você. Não deixa você passar história e dá alta pro paciente.*”, não escutam, não cumprimentam o paciente.

De forma que aquilo que os membros médicos da organização consideraram como modelo de profissional é muito próximo do ideal requerido por uma assistência humanizada, mas muito distante da sua prática cotidiana.

Registro oral e escrito.

Os preceptores que contam as histórias de vida dos pacientes aos residentes e contam oralmente, pois não há nos prontuários espaço para essas coisas que são importantes, mas não são “dignas de nota”, agora “nota” no sentido de notação e não mais de avaliação como na universidade. Observando os prontuários manuais também não encontrei, mesmo em folhas com espaço para tanto, nenhuma referência ao estado emocional dos pacientes. Conforme já mencionado, no rodapé das folhas do prontuário encontra-se uma orientação para que se escreva de forma objetiva apenas sobre diagnóstico e conduta. O prontuário, tido como um artefato da organização, artefato no caso central do cotidiano e da prática médica, mostra-se extremamente contraditório com a missão da organização.

Encontrei no discurso de um dos entrevistados essa mesma observação por mim realizada nos prontuários:

“Porque cada vez mais se escreve menos, cada vez mais se pergunta menos, mas não só da vida pessoal, mesmo o ponto de vista sendo uma boa clínica, vamos dizer biológica, mesmo deste ponto de vista, cada vez mais é lamentável. Quando você circula pelo hospital, você vê os prontuários, você fica escandalizado, como eles são muito focados numa coisa, num sintoma, num distúrbio da pessoa. Acho que é um problema bastante sério. Porque pelo menos do ponto de vista físico deve ser uma coisa, um pouquinho mais ampla. É uma

resistência escrever as coisas na pasta. Acho interessante escrever as coisas clínicas inclusive, mas essas coisas pessoas acho que a resistência é muito maior ainda, não só de perguntar, mas quando pergunta de escrever.”(HPQ1).

E “Os médicos não escrevem porque eles não lêem os prontuários” (HPQ2).

E aqui já tenho dados apresentado o suficiente para mostrar como é confusa a mensagem que a organização transmite a seus membros. A dupla mensagem apresentada no capítulo sobre a universidade, presente na prática e no cotidiano da graduação, repete-se no cotidiano da prática hospitalar. Temos essa missão como um ideal, mas não há espaço para que a registremos. A organização depende de iniciativas individuais, depende do gosto e do interesse de alguns preceptores para que a assistência se dê conforme o almejado e determinado superestruturalmente. E nota-se nessa resistência em perguntar e registrar aspectos psicodinâmicos dos pacientes um cheiro de tabu, daquilo que não pode ou não deve ser dito e escrito. Tabu compatível aos ensinamentos da aula inaugural de anatomia, mas incompatível com a missão idealizada pelo grupo dos membros da organização.

E assim passamos para o estágio nas **enfermarias**, nos quais os residentes têm a chance de acompanhar os pacientes por alguns dias seguidos. Lembro que quando fiz o curso de Especialização em Saúde, pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, passávamos seis meses na enfermaria de psiquiatria e brincávamos que ficávamos internados com os pacientes. Ao final dos intermináveis e enlouquecedores seis meses, recebíamos, finalmente, alta do hospital.

Pelo que pude notar, não apenas nas observações especificamente realizadas para a confecção dessa tese, mas nesses anos todos de hospital, durante esse estágio, os residentes ficam mais estressados, porque eles ficam realmente internados no hospital – aliás, alguns *residentes residem* nas dependências do hospital-escola – e porque o sentimento de solidão é mais intenso. Apesar de ter sempre retaguarda dos preceptores, dos rituais de passar visita pela manhã com os professores e colegas, fazer a evolução e prescrição dos casos com acompanhamento, o sentimento de solidão pareceu maior. A própria estrutura física do hospital, quando comparada a estrutura dos ambulatórios parece mais descuidada e abandonada. Desamparo e solidão expressos nas paredes, no chão, no olhar dos pacientes e dos profissionais. Apesar de alguns ambientes serem bem iluminados, o hospital parece escuro. Escuro e mofado. Tais impressões sobre a estrutura do hospital são subjetivas, eu tive essas sensações e sentimentos ao observar o ambiente. Mas os residentes entrevistados, ao falar sobre as enfermarias, revelaram

maior sofrimento, talvez pela iminência e possibilidade maior de óbito dos pacientes. Os casos internados num hospital referência como este costumam ser casos extremamente complexos do ponto de vista físico, emocional e social.

Morte e incesto.

Para ilustrar, conversando com um residente, numa determinada enfermaria do hospital, passa o pai de uma paciente, interrompe nossa conversa e nos cumprimenta com um aperto de mão. Achei-o invasivo. Perguntei ao residente quem era esse Sr que nos cumprimentou e ele respondeu que era o pai de uma paciente internada com uma doença crônica. E começou a falar espontaneamente sobre o pai da paciente, descrevendo-o como super controlador, interfere no tratamento, vive brigando com a esposa e a equipe médica nota que a paciente tem crises e é internada quando o clima familiar está mais pesado. Comentei que o achei um tanto invasivo na forma como nos cumprimentou. *“nossa ele sabe tudo que se passa com a filha, dá pitaco na nossa conduta, é bem difícil.”* (HR1), comentou o residente. Perguntei sobre o prontuário dessa paciente, li o prontuário e não encontrei nada sobre essa dinâmica familiar registrado por escrito, e disse isso ao residente, que respondeu ter sido alertado verbalmente pelo preceptor sobre essa situação familiar, mas que não escrevera nada a respeito.

“Sim, não costumamos escrever isso nos prontuários. Ela é virgem e pediu que não escrevesse sobre isso. Mas já foi logo dizendo que era virgem. Acho muito estranho o jeito dela e do pai.” (HR1).

E continuamos conversando sobre essa suspeita de relação incestuosa e de como era difícil lidar com isso. Questionei novamente se não seria útil para o residente que atendesse a paciente a família num outro momento ter esse material registrado e à disposição, ao que o residente concordou, pois não fossem os toques que o preceptor deu a ele, sentiria muita dificuldade em manejar essa situação familiar. Insisti perguntando por que não escrever sobre isso: *“acho que é da vontade de cada um, o pessoal vive dizendo que sou lento nos atendimentos, tiram sarro de mim.”* (HR1)

Aproveitei para informar que a equipe pode se valer da equipe de interconsulta psiquiátrica para ajudar no manejo desses casos, informação que surpreendeu o residente. O que nos remete a outro achado sobre a fragmentação institucional que é, além da dispersão, a falta de informação e conhecimento dos recursos institucionais.

“Às vezes eu penso nossa, mas e aí, vai encaminhar pra onde? Ninguém sabe. Aí simplesmente não faz nada.” (U33).

Outro exemplo clínico revelador do sofrimento e angústia aos quais os residentes estão expostos no seu cotidiano laboral refere-se a uma situação de morte do paciente.

“Já algumas vezes eu tive que, mesmo o paciente estando na UTI, eu tive que conversar com familiares, uma das vezes, eu estava na época na enfermaria, o paciente tinha estado um dia comigo. No primeiro dia eu tive que levar o paciente para a UTI . Mas esse paciente era extremamente grave e faleceu na UTI. E a residente que estava na UTI não sabia como abordar os familiares. E além de tudo ainda ia ter que ser solicitada a realização da necropsia para a realização do diagnóstico. E então ela me ligou de madrugada, não era eu o responsável, eu estava dormindo, mas eu vim.....Daí eu fui conversar com os familiares, dar a notícia. Eu cheguei três horas da manhã pra fazer isso. E assim, eu vim mas, eu me assustei bastante. O paciente faleceu e eu corri para cá. Eu moro aqui do lado.” (HR1).

Perguntei o que o moveu para fora da cama quando a residente ligou:

“Foi o susto O paciente não tinha um diagnóstico, ele precisava de um diagnóstico e ela chegou e me disse..o que eu faço com o paciente? A pessoa fica meio, na hora eu fiquei meio...tonta e eu falei: tá eu vou. Vai muito da vontade da pessoa, por que eu poderia muito bem ter dito assim não...o paciente morreu, morreu. Mas acho que era importante pra o paciente, pra família, saber o que é que aconteceu, do que ele morreu. Pra gente também, por que a gente também quer saber a causa da morte, para ajudar outros pacientes depois, se a gente souber se foi morte natural, pra poder ter a noção do que aconteceu. E eu acho que isso é muita da disposição de cada um.” (HR1).

Incesto e morte. Dois grandes temas tabus na nossa sociedade, duas situações emocionalmente carregadas e intensas. Esse é o dia a dia emocional do hospital para aqueles se dispõem a conversar com os pacientes e seus familiares. Esse residente enfrentou a morte do paciente junto a seus familiares e procura dar um desfecho para o caso. O diagnóstico, agora inútil para salvar a vida deste paciente, pode ajudar a dar um sentido para sua morte, muito lucidamente abordado pelo residente, uma vez que pode ajudar a salvar outras vidas. Entretanto, *“depende da vontade e da disposição de cada um” (HR1)*, ou seja, a organização não ensina e acompanha seus residentes nessa jornada, segundo nos comunica o entrevistado. Provavelmente a residente da UTI não

saberá do que morreu o paciente o que não favorece o desfecho interno e psíquico do caso.

Lembro de um caso que atendi, durante o estágio na Interconsulta da Psiquiatria. Um paciente jovem, internado na UTI, sem diagnóstico, mas com hipóteses diagnósticas nada promissoras de boa saúde. Passado o final de semana e chagada a segunda feira, dirigi-me até a UTI e o paciente não estava lá. Não souberam me informar se ele havia tido alta ou falecido. Os dias se passaram e notei que carregava um fantasma junto a mim. Ora imaginava o paciente vivo, voltando para casa junto a seus familiares, ora imaginava seu funeral. Até que, já extremamente incomodada com o fantasma, decidi descobrir qual teria sido o desfecho do caso para poder encerrá-lo em mim e continuar a vida. E não foi fácil conseguir a informação de que ele havia recebido alta. Há que se construir algum protocolo ou fluxo de informações ou supervisão, ou algum ritual que ajude os membros da organização a enterrar seus mortos.

Como lidar com as emoções?

O que fazer com essas questões quando elas surgem? Escutei de um dos entrevistados que os médicos evitam pensar sobre os aspectos psíquicos e emocionais porque *“não têm costume, por que é difícil, por que é uma área que o clínico não gosta. Não gosta. Tem pavor!”* (HR3). Os exemplos clínicos acima descritos revelam situações apavorantes, às quais qualquer profissional reagiria com pavor.

Como a organização poderia ajudar seus membros a metabolizar situações emocionais limite? *“Está no limite, está no limite!”* (HR3), disse um entrevistado. Algumas pessoas sugeriram, espontaneamente, que houvesse, para os atendimentos uma espécie de supervisão que abordasse os aspectos emocionais dos atendimentos (HDST1).

Outras sugeriram a criação de protocolos, o que despertou a seguinte reação:

“Não, não. Relação humana você não consegue protocolo. E é até difícil você sistematizar uma coisa que não é sistematizável.” (U63).

Além de não transmissível, o conhecimento e capacitação de habilidades humanas não é sistematizável, porque depende, segundo o informante, da personalidade do médico.

“O médico clínico no Hospital São Paulo, no HC, no Brasil, tem pavor de ver o paciente para o qual ele não pode fazer um diagnóstico que ele possa confirmar com um biópsia ou um raio-x. Se isso é emocional, ele não sabe como se postar perante esse paciente. Esse paciente é uma carga para ele tremenda, e ele gostaria de ver esse paciente longe. Então ele gostaria de encaminhar esse paciente para a psiquiatria. E se ver livre do paciente. Ele não que assumir o paciente e pedir o aporte, suporte do psiquiatra. Quer dizer, ele não tem problema nenhum, o clínico, não tem problema nenhum em chamar o especialista em doenças infecciosas para discutir o melhor antibiótico, o melhor local de fazer uma biópsia, uma suspeita de não sei o que...Mas ele vai ter uma relutância enorme de chamar o psiquiatra.” (HR3).

6.1.2. A pesquisa, a assistência e o ensino.

Retomo aqui uma discussão sugerida acima, sobre alguns pares, muitas vezes conflitantes no discurso das pessoas, que podemos articular como pesquisa e ensino-assistência; tecnologia e humanização; questões econômicas voltadas ao desenvolvimento tecnológico através das pesquisas e assistência humanizada; grande volume de atendimento interessante para fins de pesquisa e falta de tempo para uma atenção humanizada; entre outros que analisaremos detalhadamente adiante.

A pós-graduação é citada como independente e autônoma até das próprias disciplinas, e são representadas socialmente como o “carro-chefe” (U12, U32) da organização, uma vez que suas decorrentes pesquisas e publicações conseguem trazer verbas em grande escala para a universidade. A pesquisa além de dinheiro traz prestígio à universidade tanto pelo volume de publicações que consegue nos meios científicos renomados nacionais e estrangeiros, quanto pelo desenvolvimento tecnológico que promovem.

“É porque hoje, hoje, o que tem se valorizado, do ponto de vista de mercado e do ponto de vista acadêmico, são coisas diferentes da humanização. Um valoriza papers e se publica, e o outro é se vende ou se não vende bem aquele procedimento. Então seja pelo viés mercadológico, porque tecnologia, seja pelo viés acadêmico, nenhum dos dois valoriza a humanização. Portanto a humanização fica num plano absolutamente... esses são valorizados em

detrimento da humanização, do bom atendimento. Então o sistema brasileiro, eu acho, a nação brasileira ou ela presta atenção nisso ou a medicina vai ser mercantilista.” (ADM).

Outros entrevistados mencionaram a questão mercadológica e financeira, afirmando que a Universidade pública não sobrevive, hoje, com as verbas que recebe do governo e a pesquisa é um meio alternativo de captar recursos.

“Então hoje em dia, a capacidade que um docente tem de poder desempenhar atividades que rendam dinheiro, seja para o hospital, seja para a universidade, é muito bem vista, é muito valorizada.” (UP2).

Em contraste à pesquisa e à tendência tecnológica e mercantilista, o ensino e a assistência acabam vistos como os “primos pobres” dentro da organização. Alunos e professores, residentes e preceptores descrevem uma sensação de abandono, de falta de investimento e valorização de seu trabalho. Os professores reclamam dos baixos salários e sentem-se desmotivados. Os alunos percebem e absorvem a desmotivação sob a forma de *“basta estar aqui para ser um bom médico”*. O desânimo se mascara de ufanismo.

Escutei um depoimento muito franco e verdadeiro sobre a valorização da pesquisa e desvalorização do ensino e da assistência, ao perguntar a um entrevistado qual teria sido o momento emocionalmente mais difícil que ele vivenciou na organização:

“eu acho que a situação emocionalmente crítica que eu vivi foi ter perdido o concurso para professor titular aqui na escola. Não pelo fato da perda em si, que também conta obviamente, mas pelo fato de que eu entendi o que estava em jogo ali, que tudo o que eu tinha feito nos 30 anos, que de alguma forma eu tinha vivido dentro da universidade até então, na hora de um concurso como esse, apesar de eu ter absoluta consciência de que eram coisas que eu fiz com muita dedicação e até com bastante sucesso, eram coisas que não foram valorizadas. Que naquele momento o que se focava era fundamentalmente quantos trabalhos publicados você tem e qual a capacidade que você tem de trazer dinheiro para universidade, por exemplo, através de pesquisas do que outra natureza. Então isso foi uma experiência emocionalmente bastante traumática pra mim.” (UP2).

Essa valorização excessiva da pesquisa *“em detrimento”* do ensino na graduação e residência – o ensino na pós-graduação é obviamente valorizado – e em detrimento da assistência constrói critérios não apenas para os concursos e promoções dentro da

organização, mas dita critérios sobre a própria organização do trabalho. De forma que separar mimosas de mamas e de contracepção em três serviços e atendimento diferentes atende às demandas da pesquisa que quanto mais especializada melhor, mas não contribui para a humanização da assistência. O volume de atendimentos, tão famigerado pelos residentes, que muito se queixam da falta de tempo para sentar e conversar com os pacientes é extremamente interessante para fins de pesquisa, principalmente pesquisa cuja metodologia é basicamente positivista e quantitativa.

E essa situação já foi pior:

“Outro exemplo que talvez, não sei se você sabe, essas distorções de especialidades fazem com que o especialista direcione as internações, ele interna aquilo que ele tem interesse momentâneo para uma pesquisa. O hospital criou há três anos o sistema de internação com filas na internação, então o especialista hoje não pode mais burlar a ordem cronológica, se ele quiser pegar alguém, digamos, quase do fim da fila e colocar pra operar agora, pra internar agora, ele tem que vir aqui na diretoria pra explicar, não aquele doente piorou muito, é muito grave, então eu... evidentemente a diretoria assina, então no sentido de humanizar a fila, ou seja, os que estão mais antigos na fila é que serão atendidos em primeiro lugar, mas eu acho que a gente tem que fazer isso em diversas outras instâncias administrativas.” (ADM).

Chamei a valorização de excessiva, pois aparece no discurso dos membros da organização, claramente um desequilíbrio de forças entre as três missões apontadas como centrais e essenciais para todos eles. Quero dizer que todos respondem que a missão do médico na organização consiste em assistir, ensinar e pesquisar, mas no final das contas, o que vale mesmo é a pesquisa. E aqueles que dedicaram os últimos trinta anos de suas vidas ensinando em sala de aula, atendendo pacientes e pesquisando, mas não em volume suficiente para passar num concurso nos moldes atuais?

“Aquele professor que pega na mão do aluno e que vai e que repete, e que utiliza uma hora, duas horas, três horas, com o residente ou com o aluno, este aí não tem absolutamente valor objetivo nenhum, ele não consegue passar em nenhum concurso, ele é tratado como se fosse de um escalão diferente, inferior, e essas pessoas estão terminando, não existem, não há... a universidade não acordou porque o sistema de valorização da pós-graduação está preponderando. Então é difícil, é muito difícil fazer isso, modificar, e a pós-graduação tem crescido tanto aqui dentro que você tem cérebros enormes, no

sentido de produzir conhecimento, paper, e, portanto eles inibem o professor que ensina, de vez em quando tem uma disciplina que sobressai que fala e que não fala e que fala um pouquinho no conselho, na pós-graduação, na graduação, mas algo... não consegue títulos pra isso. Então isso é um dificultador.” (UP2).

6.2. A missão do psiquiatra no complexo UNIFESP-HSP

De forma geral, os entrevistados consideram que a missão do psiquiatra é a mesma das outras especialidades médicas: ensinar, pesquisar e prestar assistência aos pacientes.

Especificamente sobre a assistência, o psiquiatra seria responsável por atender os casos psiquiátricos dentro da enfermaria de psiquiatria, assim como *“estar a serviço de atender situações de natureza psiquiátrica que podem ocorrer com pacientes que estejam internados em qualquer unidade do Hospital São Paulo”* (UP2) através de um serviço de interconsultas.

Porém, os entrevistados atribuem ao psiquiatra outra missão assistencial além de cuidar dos casos psiquiátricos:

“Então, eu sempre achei importante você ter as noções de psiquiatria para poder enxergar o paciente como um todo. Eu acho que o psiquiatra é um médico, então aquela missão inicial também, que eu atribuo ao médico se preserva. Ele tem que cuidar da pessoa. Então a questão de acolher a pessoa é extremamente importante. Eu acho que na psiquiatria também, tem esse ramo das doenças, desses distúrbios, que enxerga o comportamento da pessoa como um distúrbio bioquímico da pessoa, então o psiquiatra vai usar medicamentos e tal. Mas eu acho que a função maior é essa mesmo, de acolher. Eu não me interesso especificamente pela psiquiatria, mas eu a acho importante, por que todo médico tem que ter isso dentro de si, a psiquiatria, a psicologia. E aí eu enxergo a psiquiatria como um médico que é mais especializado nisso.” (U32).

Nota-se nessa fala que a psiquiatria é responsabilizada pela humanização da assistência.

Psiquiatria e psicologia.

Nota-se ainda na fala acima descrita, certa confusão ou superposição entre psiquiatria e psicologia:

“na interconsulta, às vezes é o psiquiatra que vai atender e às vezes é o psicólogo. Alguns médicos acham esquisito quando vai o psicólogo, mas, às vezes acontece ao contrário, alguém espera que vai o psicólogo e vai o psiquiatra, daí também eles acham que não tem a ver. Então, fazem uma confusão também em relação ao papel de cada um?” (HPQ1).

Para os psiquiatras entrevistados, a distinção entre papéis e funções de psiquiatra e psicólogos aparece com maior clareza uma vez que:

“existem diferenças entre necessidades psiquiátricas e necessidades psicológicas. Eu acho que muitas vezes o paciente tem demandas de natureza psicológicas sem necessariamente precisar ser visto por um psiquiatra. Eu acho que são situações que não colocam, no meu modo de ver, a necessidade de um diagnóstico de doença psiquiátrica ou de uma medicação psiquiátrica. Agora, existem situações de pacientes que tem quadros de natureza confusional, quadros de natureza depressiva, que podem surtar psicoticamente dentro do hospital e que de certa forma isso vai precisar de uma atenção de um médico psiquiatra. Se o hospital tem um serviço de atenção psicológica é interessante que façam parte de serviço não somente psicólogos, mas também psiquiatras. Que eu acho que são papéis complementares.” (UP2).

Psicanálise, neurociências e aspectos orgânicos do corpo.

Parte dessa confusão se deve, segundo os entrevistados, a mudanças ocorridas na psiquiatria nas últimas décadas:

“Eu acho que isso depende um pouco das gerações. Eu tenho a impressão de que houve uma época onde a questão psicanalítica era mais forte dentro da especialidade, aonde eu entendo que os psiquiatras praticamente deixavam de ser médicos e viravam psicanalistas, ponto. E eles perdiam até perdiam um olhar de detectar coisas que pudessem eventualmente ser relativamente simples do ponto de vista de saúde física. Eu acho que nas últimas décadas com o ressurgimento da importância biológica, das interações, dessas medicações todas, acredito eu que isso hoje não aconteça com tanta frequência, mas ainda

deve acontecer. Mas acho que não tanto quando chegou a ser, vamos dizer nos anos setenta, nos anos oitenta, mais ou menos, sessenta, aonde eu acho que existia esse olhar muito psicológico do psiquiatra e muito pouco médico. E eu acho que ele muitas vezes perdia a noção da questão física do paciente.” (HPQ3).

Essas mudanças são percebidas pelos entrevistados como consequência de mudanças que vêm ocorrendo mundialmente na psiquiatria:

“Nos centros de pesquisa nos Estados Unidos hoje, a psiquiatria é de uma maneira completamente diferente do famoso shrink que aparece em todos os filmes do Woody Allen. Mas é uma percepção, por exemplo, que já está no nível acadêmico, mas ainda não está no nível da população. E que eu acho que no Brasil...há muita resistência do ambiente acadêmico dentro da psiquiatria a mudar esse lado.”(HR3).

De forma que, apesar das mudanças o departamento de psiquiatria da UNIFESP ainda dá muita ênfase às questões psicodinâmicas, sendo que

“existem serviços dentro do departamento de psiquiatria aonde isso é mais enfatizado ou onde isso é menos enfatizado. Existem serviços onde isso é mais enfatizado até do que aspectos clínicos, físicos, aonde isso não é. Acho que tem de tudo dentro do nosso departamento. Acho que tem a atenção mais equilibrada, mais balanceada dessas duas coisas. Acho que tem lugares onde essa visão, o olhar é um olhar muito mais médico, biológico, e outros onde é mais psicológico. Tem de tudo dentro do departamento.” (UP2).

E dependendo do serviço no qual o entrevistado trabalha essa ênfase pode ser bem vista ou percebida como resistência às mudanças.

Neste sentido parece consenso dos entrevistados que, para os casos psiquiátricos, uma conjugação de tratamento medicamentoso e psicoterapia resultam numa maior eficácia terapêutica. Entretanto observam, por vezes, abuso do uso de medicações que são usadas sem necessidade, e por vezes a negligência de aspectos físicos dos pacientes psiquiátricos.

“Acho que principalmente na época da residência médica quando eles ainda estão formados há pouco tempo e ainda cumprem esse papel de atenção, algumas coisas dentro da própria residência dizem respeito a questões físicas, eu entendo que eles estão, pelo menos assim razoavelmente qualificados pra dar conta dos problemas físicos mais frequentes e mais comuns. Conforme o tempo

vai passando, eu noto que eles vão de alguma forma cada vez se afastando mais dessas situações física dos pacientes, mais preocupados apenas com as questões de natureza mental e eu entendo que tem muitos psiquiatras que não tem mais mão para cuidar de situações, mesmo simples do ponto de vista de, de saúde geral.” (UP2).

Neste ponto, percebo que a apresentação dos dados torna-se confusa. O consenso torna-se um contra-senso. Explico: se do ponto de vista terapêutico é mais eficaz conjugar tratamento medicamentoso com terapia, porque alguns serviços da psiquiatria consideram a ênfase psicodinâmica-psicanalítica resistência ao desenvolvimento das neurociências e respectivas medicações, e outros consideram essa ênfase mais organicista resistência às questões do inconsciente? Seria simples dizer que se trata apenas de “ênfase” e não resistência, mas as diferenças aparecem acentuadas nos discursos revelando tratar-se de questões institucionais, talvez políticas, e não simplesmente técnicas ou científicas.

Interação entre Psiquiatria e outras especialidades: estigma?

De qualquer modo, encontrei uma tendência: o corpo volta a integrar o campo psiquiátrico. Chamo de tendência porque alguns entrevistados duvidam e questionam se o psiquiatra sabe cuidar do corpo:

“Ai, a pergunta é o contrário. O quanto o psiquiatra dá relevância as queixas mais orgânicas como comorbidade. Provavelmente muito pouca. Até por desconhecimento.” (HR3).

Outros entrevistados percebem ainda uma profunda cisão entre a psiquiatria e outras especialidades.

E assim levantamos a pergunta de como se dá a interação entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas. Por um lado, o psiquiatra é visto como aquele que consegue integrar melhor aspectos da mente e do corpo, melhor do que outros especialistas. Por outro lado, o psiquiatra desconhece aspectos orgânicos ou “*perde a mão*” ao longo dos anos até para questões de ordem física simples. Um entrevistado afirmou que no hospital, nos serviços do pronto-socorro, da enfermagem psiquiátrica e da interconsulta psiquiátrica, os psiquiatras cuidam dos aspectos orgânicos dos pacientes, através da anamnese e de exames físicos e laboratoriais. Porém, nos serviços ambulatoriais isso não é regra, depende do interesse do profissional. Simetricamente a

algumas clínicas médicas que não avaliam o estado emocional dos pacientes, dentro dos serviços de psiquiatria não é protocolo avaliar o estado físico do paciente.

“Na verdade, na época que eu atendia, nas salas não tinha nem maca, não teria onde fazer o exame físico. Na minha não tinha, e assim, eu lembro que se você queria ver a pressão de alguém tinha que ir ao otorrino pedir emprestado, nem balança não tinha. O que você fazia era investigar, perguntar, e se você achasse que tinha alguma coisa, tinha que encaminhar.” (HPQ6).

Um entrevistado (HPQ5) chegou a mencionar que, em hospitais psiquiátricos da rede privada, muitas vezes não se tem uma estrutura e respaldo para lidar com situações de emergência médica.

Apesar de reconhecer que são campos com culturas muito diferentes, *“realmente, a psiquiatria é um mundo à parte”*, os psiquiatras percebem uma maior interação entre a psiquiatria e as outras especialidades, e atribui a isso basicamente dois fatores: em primeiro lugar, o desenvolvimento das neurociências e

“essa aproximação da psiquiatria com as questões das neurociências e de certa forma um papel maior dos aspectos biológicos, neuroquímicos na fisiopatologia dos sintomas que os pacientes apresentam, serviu pra aproximar mais a psiquiatria da medicina e a medicina da psiquiatria. Temos hoje a possibilidade de uma abordagem mais equilibrada do que acontece com o paciente, do que tínhamos antes, que era uma visão psicológica demais ou biológica demais. E eu não acho que isso seja uma verdade só para pacientes psiquiátricos, eu acho que para pacientes clínicos também.” (UP2).

E em segundo lugar, pela conduta que a psiquiatria vem tomando de quebrar o estereótipo do psiquiatra como um *“cara cabeça”* (HPQ1) que fica filosofando e interpretando, quase como um xamã que cura através de meios pouco científicos e mágicos. Nota-se aqui a psiquiatria enquanto herdeira da vertente mágico-religiosa da medicina presente na Antiguidade.

Apesar de perceberem uma melhora da sua imagem e sentirem uma permeabilidade maior das outras especialidades com a psiquiatria, os entrevistados acham que

“os médicos ainda acham que o psiquiatra é muito pouco médico. Como visão geral, melhorou eu acho, nos últimos vinte anos, mas eu ainda acho que existe muito resíduo ainda, no sentido que quem foi fazer psiquiatria desistiu da medicina. Um pouco esse estereótipo de que o psiquiatra faz uma coisa que é

diferente dos demais médicos, que é uma coisa que tem pouca evidência científica, o que ele faz, que doenças psiquiátricas são doenças que os psiquiatras não sabem o que fazer com elas, elas não tem cura. Que é só papo terapia, às vezes dão um remedinho. Eu acho que isso ainda prevalece ainda que de alguma forma tenha mudado um pouco, tenha melhorado um pouco nos últimos 20 anos. Mas eu ainda acho que...o psiquiatra é olhado de um jeito, algo diferente dentro da medicina.”(UP2).

Um dos entrevistados chegou a afirmar que, durante uma consulta, um paciente começou a falar sobre a gravidez de sua filha de dezesseis anos, e ele decidiu conversar sobre o assunto com o paciente, *“tirando o avental nessa hora. Por isso que eu acho que isso não depende de jaleco. Não é jaleco dependente.”* (U64). Ou seja, o médico que decide conversar com o paciente, como um psiquiatra faria, deixa de ser médico.

Enquanto especialidade médica a psiquiatria é desvalorizada dentro da organização. Um entrevistado resumiu o quadro de valorização das especialidades médicas:

“na Clínica Médica você sabe tudo, mas não resolve nada, não se especializou em nada; na Cirurgia, você resolve tudo, mas não sabe nada; a Dermatologia dá dinheiro, mas não é medicina; a Medicina de família é legal do ponto de vista social, mas não tem plano de carreira, tem a impressão que você não vai evoluir; na Radiologia você trabalha pouco e ganha bem, e a Neurocirurgia é super valorizada pelo aspecto técnico e financeiro.” (U33).

A psiquiatria encontra-se do lado das especialidades desvalorizadas e é percebida como um serviço *“desmembrado”*:

“Mas parece que, a idéia que tem assim, ah, a pessoa vai ser psiquiatra. Então parece que não precisa estudar cardiologia. Ou não precisa fazer GO, por que ele não precisa saber os mecanismos do parto. Parece realmente, a impressão que passa pra gente é que é uma coisa totalmente separada. Que poderia ter um curso separado.” (U32).

Alguns entrevistados referem um estigma em relação aos psiquiatras e aos pacientes psiquiátricos:

“No geral, tem um monte de trabalhos falando como o paciente psiquiátrico morre bem mais de doenças clínicas, o risco é muito maior, e, ainda que tenham outros fatores, estilo de vida etc., o fato é as queixas clínicas dos pacientes

psiquiátricos são menos valorizadas pelos médicos. Eles recebem um atendimento clínico pior do que pacientes não psiquiátricos.” (HPQ4).

Um entrevistado (HPQ6) relatou que durante a graduação, ao atender pacientes no hospital, os colegas deixavam para ele os casos cujos prontuários denotassem qualquer aspecto psíquico. Como já mencionado, ele percebia que os colegas tinham medo dos pacientes ou medo de não saber como lidar com eles. Por vezes o medo chega ao ponto da negligência, como demonstra uma experiência que um residente de psiquiatria viveu junto a um paciente psiquiátrico com complicações orgânicas dentro do hospital, na qual passou horas atrás de uma assistência para o paciente:

“Então eu não tenho dúvida que tem negligência. Do hospital com... Dos clínicos com os nossos pacientes.” (HPQ6).

Houve, ainda a respeito do estigma, um relato de um entrevistado que escutou de uma enfermeira que:

“Ah, mas essa história de psiquiatria no hospital geral não dá certo e que isso tinha que acabar”. (HPQ6).

Neste sentido, aproximar-se das neurociências e de aspectos bioquímicos e orgânicos faz da psiquiatria uma especialidade “*mais médica*” e aceita dentro da organização, mas corre-se o risco de destituí-la da outra missão a ela atribuída pelos membros da organização que seria humanizar a assistência médica. O que a insere dentro dos conflitos institucionais até aqui apontados e discutidos. Conflitos entre pesquisa e ensino-assistência; tecnologia e humanização; questões econômicas voltadas ao desenvolvimento tecnológico através das pesquisas e assistência humanizada, etc. Ou seja, os valores institucionais que atravessam as atividades psiquiátricas, ora enfatizando as neurociências ora enfatizando a dimensão psicodinâmica dos pacientes, remetem aos valores que atravessam as outras atividades médicas. O conflito, ou melhor, os conflitos de valores se repetem na assistência psiquiátrica.

A organização do trabalho na psiquiatria.

Os residentes também fazem rodízio entre a enfermaria psiquiátrica, os ambulatórios e o pronto-socorro durante a residência.

O estágio da enfermaria é sentido como o mais desgastante,

“Passar o dia inteiro naquela enfermaria, tem hora que eu quero morrer na enfermaria, não agüento mais ficar na enfermaria, mas você passa o dia

conversando, seus pacientes são iguais, não acontece nada. Então entra, fica lá um dia pra ver como é que você sai. Então eles não compreendem muito bem assim esse cansaço (referindo-se a colegas que fazem residência em outras especialidades médicas e consideram a psiquiatria leve em termos de carga de trabalho), e quando às vezes eu tenho tempo, tenho... ah vamos almoçar? Ah. Não quero, quero ficar sozinho. Ah mais porque, você não sai, você não quer se encontrar com a gente. Não eu quero mais agora eu preciso ficar quieto, sozinho, ou então eu preciso almoçar com meus amigos da psiquiatria pra gente poder falar coisas que a gente entende, desabafar coisas que eu sei que meus colegas da psiquiatria vão entender porque que eu to tão estressado com aquilo que parece uma bobagem, né, então eu acho que são culturas bem diferentes.”(HPQ5).

Nos ambulatórios da psiquiatria existe um esforço de organizar o trabalho de uma forma diferente, não se aceita tantos pacientes para atender, porque:

“é impossível fazer um atendimento minimamente adequado sem ter escutado, você não vai conseguir atender, não adianta...” (HPQ6).

Há ambulatórios, por exemplo, o longitudinal, no qual o residente psiquiatra acompanha alguns pacientes durante seus dois anos de residência, tendo a possibilidade de avaliar a evolução do paciente, assim como estabelecer um vínculo com o mesmo.

Em alguns ambulatórios o residente acompanha os pacientes em psicoterapia, também durante os dois anos de residência. Isso que gera certo conflito de identidade, pela dificuldade em conciliar a postura de um psicoterapeuta que cuida dos aspectos mentais e a postura de um médico que cuida dos aspectos do corpo, trata-se de duas abordagens muito distintas junto aos pacientes:

“Eu não me sinto a vontade, como eu falei pra ter esse contato físico com o paciente, de exame físico, e acho que não cabe na psicoterapia a gente ser tão diretivo como a gente é numa anamnese médica. Mas eu acho que na psiquiatria também é difícil de organizar as duas coisas. De tentar casar essas duas preocupações assim. Eu tenho alguns pacientes, essa é uma função que eu fui percebendo que era possível de ter na residência, que eu achei bem legal, de ser meio que um gerente do paciente. Então eu tenho alguns pacientes que... acho que esse é um ponto negativo da gente ter todas as clínicas fáceis, os pacientes não têm um médico de referência eles têm vários. E aí como... eu sou bastante inseguro, o meu retorno com os meus pacientes são bem próximos, mais do que

o dos meus colegas, e aí eu acabo ganhando ponto com os pacientes e acabo vinculando e aí com uns pacientes eu fico meio nesse papel de coordenar os tratamentos assim, primeiro a parte psiquiátrica... mas de estabilizar, num cargo mais de coordenação, e aí você foi ao cardiologista, está indo, não foi. Marcou esse exame, não marcou, até porque alguns pacientes têm essa dificuldade de se organizar, de ver o que vai fazer primeiro o que não vai... a burocracia do hospital... não, então vamos fazer primeiro isso, depois aquilo, é um papel que eu gosto assim, eu acho legal isso de tentar coordenar, organizar os tratamentos.” (HPQ5).

Ou seja, para que um atendimento seja integrado há que se ter tempo. Quanto aos prontuários, geralmente, apresentam dados psiquiátricos dos pacientes, como exame psíquico e história de vida. Esporadicamente encontrei dados sobre aspectos físicos, biológicos dos pacientes, o que revelou não ser uma conduta protocolar dos especialistas.

De modo geral os residentes entrevistados sentem-se bem respaldados pela instituição, uma vez que os serviços oferecem supervisões aos atendimentos.

“Acho que pontualmente poderia ter um caso ou outro onde você tinha menos supervisão local ou você teria um momento de supervisão onde você poderia ficar com uma dúvida e não ter pra quem perguntar, acho que são poucos, a regra é mais você ter acesso a alguém facilmente, e na maioria das vezes, por exemplo: Ir fazer alguma coisa no ambulatório, você poderia ter uma atenção, poderia ir estudar, ganhar uma supervisão e resolver até a próxima consulta, por exemplo. No pronto socorro que é um lugar onde você tem que tomar decisões mais imediatas assim, um caráter mais emergencial tem sempre um clínico, um chefe de plantão pra orientar, então...” (HPQ4).

Os dados apresentados e categorizados revelam muitas facetas sobre a cultura, os valores e as forças políticas, pulsionais, míticas, ideológicas, institucionais, grupais e individuais presentes nas organizações. No capítulo seguinte, analisarei cada uma dessas instâncias organizacionais, reorganizando e aprofundando o material acima exposto.

7. Análise organizacional à luz da Psicossociologia das Organizações.

Os elementos apresentados e categorizados da cultura organizacional do complexo UNIFESP-HSP permitem uma leitura desde o ponto de vista da psicossociologia das organizações. Realizo essa leitura a seguir, enfatizando dentro das instâncias míticas, ideológicas, políticas, organizacionais, grupais, individuais e pulsionais, sempre presentes nos fenômenos sociais, as questões relacionadas à humanização da assistência. Em outras palavras, essa análise permitirá avaliar se a UNIFESP e o HSP, enquanto organizações, propiciam uma cultura, estrutura e respaldo institucionais para que seus profissionais possam atender a questões subjetivas, psíquicas e emocionais dos pacientes.

A psicossociologia francesa, enquanto campo do conhecimento e estudos de cultura organizacional, enquadra-se no grupo definido por Smircich (1983 *apud* Freitas, 2006) como aquele que pressupõe a cultura organizacional como uma metáfora, considerando a cultura algo que a organização *é*. Em oposição àqueles que compreendem a cultura como algo que a organização *tem*, podendo ser definida e instrumentalizada tal como a estrutura ou a estratégia da organização (Freitas, 2006). Vale lembrar que ao criarmos ou revelarmos uma metáfora o sentido que se apresenta aos membros da organização abre, amplia, amplifica e mobiliza a compreensão e a representação social que os membros da organização possuem, sob a forma de *insight*, possibilitando a emergência já de novos sentidos. Assim, prefiro pensar a cultura organizacional como algo que “está sendo”, mais como um processo do que uma entidade, o que pode favorecer a transformação e a mudança, processos, segundo Freitas (Freitas, 2006) tão resistentes e lentos no âmbito organizacional.

Dentro da psicossociologia vou destacar um autor, Eugène Enriquez, cuja sistematização metodológica é bastante rigorosa, profunda e útil. Ele afirma que “*A obra de Freud, as intuições e as experiências de Gordon e os cineticistas nos convencem a não recusar a analogia, pois o trabalho metafórico pode metamorfosear as coisas.*” (Enriquez, 1997, p.14) Assim, Enriquez propõe a analogia enquanto método de trabalho de pesquisa, pois ela permite investigar as relações e associações profundas, “*correspondências subterrâneas, invisíveis, inimagináveis para o leigo (...) A utilização de um modo de pensamento metafórico, discreto, que não pretende tomar a metáfora pela verdade, pode revelar-se uma ajuda valiosa para a pesquisa e para a descoberta.*” (Enriquez, 1997, p.15).

Morgan também faz referência ao uso de metáforas como método de pesquisa em estudos organizacionais, ao desenvolver “*a arte de ler e compreender as organizações*” (Morgan, 1996, p.16), na qual tenta mostrar que muitas das idéias convencionais sobre as organizações foram construídas sobre imagens tidas como certas, especialmente a mecânica e a biológica. E procura desenvolver outras imagens que propiciam pensar as organizações de maneiras criativas e inéditas. Também demonstra que esse método baseado em metáforas pode ser um instrumento prático de diagnóstico de problemas organizacionais, bem como de planejamento e administração das organizações. Dessa maneira, afirma o autor: “*metáforas são frequentemente vistas apenas como um artifício para embelezar o discurso, mas seu significado é muito maior do que isto. Usar uma metáfora implica um modo de pensar e uma forma de ver que permeia a maneira pela qual entendemos o mundo em geral.*” (Morgan, 1996, p.16).

Para Morgan, as “*organizações podem ser muitas ao mesmo tempo. Uma organização do tipo máquina, concebida para atingir objetivos específicos, pode ser simultaneamente o seguinte: uma espécie de organismo que é capaz de sobreviver em determinados ambientes, mas não em outros; um sistema de processamento de informações quase revela especializado para certos tipos de aprendizagem, mas não para outros; um meio cultural caracterizado por valores, crenças e práticas sociais distintos; um sistema político no qual as pessoas colidem para garantir seus próprios fins; uma arena onde várias lutas subconscientes ou ideológicas têm lugar; um símbolo ou manifestação de um processo mais profundo de mudança social; um instrumento usado por um grupo de pessoas para explorar ou dominar outros; e assim por diante*” (Morgan, 1996, p.327).

Uma metáfora coloca em relevo um aspecto da organização, deixando de lado outros aspectos igualmente relevantes. As organizações são complexas, ambíguas e paradoxais e, portanto, uma metáfora pode ser verdadeira, mas não é a verdade a seu respeito. Neste sentido, retomo a noção de cultura enquanto processo, sendo que sua flexibilidade ou rigidez, apego a pressupostos, crenças e valores, pode ser avaliada pela sua possibilidade de criar metáforas, representações sociais criativas, que fogem ao senso comum, e que promovem o movimento, a transformação de sentido, a ligação psíquica de afetos que possam não ter ainda encontrado uma representação. Retomarei este ponto adiante.

Dentro da perspectiva psicossociológica, que acredita não ser possível aplicar os conceitos psicanalíticos tal e qual aos movimentos sociais. O material psicanalítico

emerge e aplica-se a uma relação singular de indivíduo a indivíduo, sendo que não se pode dizer a uma instituição o que ela deseja mascarar. Pode-se sim, segundo Enriquez (1997), situar em seu justo lugar e fazer funcionar os fatores inconscientes da instituição. Por inconsciente, entende-se não o desconhecido, mas fenômenos que atuam com uma força e intensidade indomáveis e cujos efeitos sobre as condutas persistem ainda que as causas tenham desaparecido. O objetivo não é encontrar um sentido oculto da instituição e condutas, mas encontrar outro sentido, outra cena, a cena psíquica, *“pois ela leva em consideração o homem na sua natureza humana, a cena do imaginário, do inconsciente e do jogo entre as pulsões, que instaura o conflito identitário, o papel das ilusões no edifício social e organizacional”* (Freitas, 2006, p.87).

Para articular o conteúdo referente à cultura organizacional até aqui exposto e o fenômeno proposto, seguirei o método sugerido por Enriquez (1997) que contempla diferentes níveis de análise das organizações, que abarcam a instância mítica, a instância pulsional, a instância social-histórica, a institucional, a organizacional, a grupal e a individual. Essas instâncias apresentam-se articuladas na realidade e, por isso, permitem que o pesquisador as articule. As sete instâncias estão presentes em todo fenômeno social e são necessárias para sua constituição. Elas expressam o vínculo social organizado originado num fundo invariante, mas ao mesmo tempo, apresentando combinações diferentes.

7.1. A Instância Mítica.

Toda sociedade exige um mito, uma origem das coisas, uma ordem que legitima sua existência, de dois modos. Em primeiro lugar, o modo afetivo, contrário ao logos, que visa a fascinação, encantamento sobre o espírito daqueles que o escutam. Por exemplo, o mito de Asclépio que foi plasticamente se transformando ao longo da história, comunica afetos, com ações dramáticas que incita comportamentos, congrega a comunidade em torno da narrativa, provocando identificação com os protagonistas do mito. Assim, o mito é criador do vínculo social baseado na identificação, no amor.

Em segundo lugar, o modo intelectual, o logos, exprime, segundo Anzieu, *“sob uma forma simbólica concreta”* (Anzieu *apud* Enriquez, 1997, p.42) que permite aos membros da comunidade pensar a natureza e a sociedade com uma mesma coerência.

Permite conceber representações ligadas, idéias ou ideais, um sistema conceitual, abstrações que unem os membros da sociedade, no pensamento e ação, que não acreditam no mito completamente, mantendo uma distância lógica. Por isso os mitos precisam ser recriados, pois se desgastam e são questionados pela lógica, o que promove mudança e movimento. *“Por isso podemos compreender que o mito só seja escutado com um ouvido: o mito pode então se manter, mas a sociedade evoluir”* (Enriquez, 1997, p.44).

Deste ponto de vista lógico, a medicina se desenvolveu, ao longo dos séculos, concebendo representações teóricas e tecnológicas diferentes, mas cuja significação afetiva carrega o ideal de Asclépio: desvendar o enigma da morte, amenizar ou extirpar a angústia diante da incerteza de nossa origem e nosso destino, angústia existencial essencial. O mito transforma assim uma angústia pessoal num problema coletivo. Trata-se de uma narrativa elaborada, que evoca o inconsciente, mas também o consciente, por isso é afetivo e lógico.

As explicações religiosas da Antiguidade, assim como as empíricas e filosóficas, transformam-se através da Idade Média até a abertura dos cadáveres, quando então a anatomia assume a missão de desvendar os mistérios da morte, do corpo, da vida, da origem e do destino. E então a anatomia fracassa e passa por uma desilusão melancólica expressa na fala do professor da aula de anatomia ao destacar a perda do status que a anatomia sofreu, esta que foi já a *“base da medicina”*. Atualmente, *“a genética se presta à substituição da fantasia alimentada durante séculos pela anatomia e pela cirurgia.”* (Volich, 2000, p.37), pois possibilita um novo mito, o de que através das seqüências do genoma conheceremos ao nascer, as predisposições físicas e psíquicas do indivíduo, sua personalidade e doenças potenciais. O novo mito, na verdade, re-edita o mito de Asclépio. A medicina diagnóstica atual também carrega essa aura mítica, tão bem protagonizada pelo herói Dr. House – personagem da série House, da Warner - que, não por acaso, carrega na perna uma ferida incurável e dolorosa, a exemplo de Chiron.

Os pacientes somatizadores freqüentemente pedem: *“Dra., eu preciso tirar uma chapa da minha cabeça para ver o que tem dentro dela, eu ando muito nervosa, tem alguma coisa aqui dentro”*. Aliás, esse ano o discurso mudou de *“chapa”* para *“ressonância da cabeça”*. Na sua simplicidade e aparente ignorância, os pacientes captam a promessa mítica da moderna medicina diagnóstica e de imagem, imaginando que o exame revelará o que se passa em suas mentes. E assim, o mito se desloca da

anatomia do cadáver, às fibras nervosas, ao genoma, aos transplantes, às fertilizações assistidas e às imagens tecnologicamente tão avançadas. Todos carregam a promessa de revelar os mistérios da criação da vida e da morte. Todos repetem o feito de Asclépio e, é bom lembrar, despertam a ira de Hades. E novamente, *“a dissociação entre o corpo anatômico e fisiológico e o corpo imaginário instaura uma fissura mediante a qual se esvai a subjetividade preparando o caminho para aquela experiência melancólica”* (Volich, 2000, p.37).

No mito, o herói é o porta voz do inconsciente, que não admite a própria mortalidade, ou seja, faz frente à morte e transgride as proibições. Mas como os heróis não são os deuses, estão submetidos às suas pulsões e à mortalidade, eles concretizam os desejos inconscientes no superlativo. O herói encarna um ideal, e deve sacrificar sua vida, se quiser criar um sistema simbólico que permita aos homens existir em comunidade. Somente os deuses permanecem imortais.

“Existir no mito significa então aceitar viver no mundo da comunidade, partilhar os fantasmas, confrontar-se com os representantes das pulsões. O mito permite então a cada um se aceitar como indivíduo pulsional e indivíduo social. Sem o mito, nenhuma civilização, nenhum indivíduo poderia sobreviver. Mas, ao mesmo tempo, viver no mito é se refugiar no calor da comunidade, da ilusão comunicada, da idealização mistificadora, da alienação consentida. A mudança, a inovação, a ruptura, são impensáveis, salvo se novos mitos substituïrem os antigos: mitos contra mitos. Assim se resumiria a história da humanidade.” (Enriquez, 1997, p.50)

Por isso as organizações modernas apelam para o mito, para, como comunidades, englobar seus membros com valores culturais internalizados e estarem prontos a se sacrificar por elas, como heróis. Assim, as organizações vendem suas lendas, de fundadores destemidos e excepcionais. A narrativa descrita sobre a história da Escola Paulista de Medicina destaca como heróis os seus fundadores que, em meio a um contexto político e econômico instáveis, uniram-se aos pobres e participaram da luta civil cuidando dos feridos da Revolução de 1932, enfrentando a ditadura imposta por Getúlio Vargas e a exclusão da universidade por falta de vagas. Enriquez (1989) lembra que, na sua origem, as instituições sofrem uma “violência fundadora” e não podem escapar disso. Esforçam-se por mascarar essa violência, condição de seu nascimento, mas são e continuam sendo herdeiras de um ou vários crimes. Este postulado encontra-se ainda em *Totem e Tabu* de Freud (1913) que diz: *“A sociedade repousa doravante sobre um erro comum, um crime cometido em comum. Foi um ato memorável e*

criminoso que serviu de ponto de partida para tantas coisas: organizações sociais, restrições morais, religiões”.

Os fundadores da Escola Paulista de Medicina foram descritos como heróis imortais que construíram a organização, num contexto de violência e conflito. Heróis seguidos pelo professor de anatomia que transgride corajosamente o tabu milenar de não tocar um cadáver. O ritual de respeito ao cadáver repete a cena anualmente: o imortal (professor) unido ao pobre ferido na guerra civil (cadáver) – há quem considere a periferia de São Paulo mais violenta que a faixa de Gaza – corajosamente dissecando-o para conferir-lhe uma função social.

De tal forma que a organização esconde que os heróis morrem, ou são queimados numa crise de *burn out*, ou eliminados da vida social. A saga descrita pela organização não inclui aqueles profissionais de saúde que caem nas teias do grupo de risco para depressão, suicídio, ansiedade, hipocondria, somatização ou drogadição. Não menciona os inúmeros casos de suicídio ocorridos dentro da organização. Tampouco revela o mau desempenho dos alunos na avaliação nacional das universidades. Esses fatos são interditados no discurso organizacional da UNIFESP e HSP.

Analisemos as interdições, a seguir, na instância pulsional.

7. 2. Instância Pulsional.

Dentre os determinantes históricos para a constituição do sistema médico atual, apontados no capítulo 2, saliento alguns movimentos que não parecem aleatórios. A partir do século XIV a dissecação de cadáveres, até então proibida, foi retomada em Bologna para fins didáticos e em 1543 é escrito por Vesalius o primeiro tratado de anatomia humana. No século XV aparece a *Nau dos loucos* no imaginário da renascença e o medo da morte é substituído pelo medo da loucura (Foucault, 2005). E Descartes escreve, em 1637, o *Discurso sobre o método*, propondo uma metodologia, que na medicina imprimiu uma tendência a valorizar o corpo e “*seu substrato material em detrimento da experiência subjetiva*” (Volich, 2000, p.38).

Esses fatos históricos encontram uma aproximação temporal, o que poderia revelar mera coincidência. Mas ao ler Totem e tabu (Freud, 1913), outro dado chamou minha atenção. Especificamente no item sobre o tabu em relação aos mortos, Freud chama a atenção para o caráter virulento do tabu de contato com o morto, sendo que

aquele que teve alguma forma de contato com o cadáver, que tenha manuseado ou participado de algum rito funerário, ficava “*no mais alto grau de impureza e era quase cortada das relações com os seus semelhantes*” (Freud, 1913, pag. 72). Tal pessoa tornava-se um tabu, e não deveria ser tocada por outras pessoas para evitar a contaminação. Quem violar tal regra está fadado a adoecer e morrer. Donde deduzo que a abertura dos cadáveres no século XIV consistiu num ato de muita coragem, de quebra de um tabu milenar, pautado no, talvez, mais primitivo dos medos, o medo de morrer.

As proibições, nos povos primitivos, não se restringiam ao contato físico com os mortos. Àqueles que estiveram em contato com o morto de modo apenas metafórico, são impostas as mesmas proibições, uma vez que aproximar-se de uma pessoa enlutada dá azar, podendo implicar em morte iminente, expressando assim a característica virulenta e contagiosa do tabu.

Dentre essas proibições, Freud destaca a proibição de pronunciar o nome da pessoa morta. Trata-se de uma regra bastante disseminada entre os povos e vigiada com severidade. “*em algumas tribos sulamericanas é considerado um insulto mortal aos sobreviventes mencionar em sua presença o nome de um parente morto e o castigo para isso não é menor que o estabelecido para o assassinato.*” (Freud, 1913, pag. 76). Alguns artifícios são usados para contornar esse problema, seja mudando o nome do morto, seja mudando o nome dos sobreviventes que têm o mesmo nome que o morto.

“*O pavor de enunciar o nome de um defunto leva, na verdade, a evitar a menção de qualquer coisa na qual o morto tenha participado; e uma consequência importante desse processo de supressão é que esses povos não possuem tradições nem lembrança histórica, de maneira que qualquer pesquisa de sua história primitiva se defronta com as maiores dificuldades.*” (Freud, 1913, pag. 77)

Freud menciona a ligação entre o nome da pessoa e sua personalidade. A razão que Freud atribui ao tabu do nome é o medo que os sobreviventes têm da presença ou do retorno do espírito do morto, o que também explica as cerimônias realizadas para mantê-lo à distância.

O medo do retorno do morto, e fantasias de que ele queira arrastar-nos para junto dele no reino dos mortos, é, para Freud, resultado do medo da morte. Mas Freud apenas menciona esse aspecto mais narcísico de identificação com o morto, e segue seu pensamento detalhando a análise num plano mais neurótico, no qual qualquer sentimento hostil que o sobrevivente tenha alimentado contra o ente querido despertaria

um sentimento de culpa e seria negado e projetado no morto, que retornaria para transtornar o sobrevivente.

Voltando à história, parece que, ao violar o tabu de contato físico com os mortos, a medicina, defensivamente, desloca esse tabu para a proibição de mencionar o nome do morto invocando assim sua personalidade e sua história. A partir da dissecação dos cadáveres, corpo e alma são definitivamente separados e o medo da morte desloca-se para o medo da loucura, que a partir de então será exilada da sociedade. O fundo afetivo desse movimento é o medo de adoecer e morrer. Talvez seja esse o elo afetivo entre a abertura dos cadáveres e a experiência da individualidade questionado por Foucault: *“Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos (...). E de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte (...)”* (Foucault, 2006, p.217).

Diante da tensão provocada pelo contato com o corpo dos cadáveres o tabu é deslocado para a personalidade dos cadáveres. Simplesmente porque a interdição deve existir em algum lugar da cultura. Dessa forma a tensão é suprimida, ou ao menos, amenizada. Por isso incluo essas considerações na instância pulsional, uma vez que *“o termo pulsão conota um ‘processo dinâmico’ consistindo num impulso (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo.”* (Enriquez, 1997, p.123). Originada numa excitação corporal seu objetivo é suprimir o estado de tensão do corpo. Trata-se de um conceito limite entre psíquico e somático.

Diante da tensão causada pelo contato com o corpo do cadáver e sentida pelo corpo do profissional, o nome, a personalidade e o psiquismo do cadáver são abolidos, abortando assim a possibilidade do profissional de mentalizar a experiência, que fica então desligada do psíquico.

A experiência “toma corpo no corpo dos vivos”, para parafrasear Foucault, e a personalidade dos pacientes, sua história e ambiente emocional são evitados. Como se evita, nas comunidades primitivas, falar o nome do morto, evocar sua história, e suas experiências. O que, individualmente, revela uma defesa contra a angústia de morte, coletivamente constitui um tabu, carregado de fantasias e movido por ansiedades hipocondríacas partilhadas. O ilimitado do corpo não substitui o ilimitado da alma como afirmado por Sant’Anna (2001), mas o ilimitado do corpo impõe uma limitação para a alma, que não é reduzida em importância, mas ao contrário, tão investida de fantasias que precisa ser interdita.

Neste sentido, podemos compreender também o deslocamento do conceito de morte cujo critério, com o advento dos transplantes, mudou de parada cardíaca para morte cerebral. O sujeito é dado por morto quando, junto com o cérebro, sua personalidade morre, o que inclusive facilita a vida dos profissionais que manuseiam o corpo do doador de órgãos.

Ao longo desse trabalho, inúmeros dados das organizações – UNIFESP E HSP - apresentam esse desligamento pulsional. A aula de respeito ao cadáver parece ser o emblema do deslocamento do tabu explicitamente orientado pelo professor: “*quanto mais indigente, melhor*”. Enquanto objeto de estudo, o corpo humano deve ser tratado como objeto, despersonalizado, até para que se torne possível ao estudante manuseá-lo. O problema é que o deslocamento atinge o mundo dos vivos e o paciente passa a ser também despersonalizado. O mesmo pressuposto básico se repete: é melhor não saber quem foi essa pessoa, como viveu, com quem se relacionou. Quem se atreve a tomar conhecimento disso na organização - os preceptores heróis - não se atreve a registrar por escrito. Personalizar o paciente adquire o peso e a função de um tabu. Isso dificulta imensamente a política de humanização assumida pela direção do hospital.

Para elencar algumas das observações que ilustram a defusão pulsional, na graduação muitas vezes me senti indignada e até ofendida na minha capacidade de ensinar ao cumprir um programa de curso que inclui ensinar aos alunos que devem chamar os pacientes pelo nome. Na nossa cultura, trata-se de um quesito básico de educação a ser ensinado em casa ou no pré-primário. A partir dessa tese entendo que se trata de mais do que isso, trata-se de romper com uma interdição institucional.

Em uma das aulas que observei, o professor mostrou várias patologias de pacientes atendidos na organização, verdadeiras aberrações da natureza. Em nenhum momento ele mencionou o nome ou a história dos pacientes, nem como eles lidaram com situações de saúde tão adversas. Tão pouco os alunos perguntaram sobre isso. Nas entrevistas com os alunos perguntei se isso era sempre assim e eles disseram que sim, que por algumas razões, principalmente por se sentirem colocados numa situação passiva, não perguntam quase nada nas aulas. Caso ousem perguntar algo sobre a pessoa do paciente, normalmente, são desencorajados pelos professores e colegas.

A despersonalização se repete na relação entre alunos e professores, que mal sabem o nome uns dos outros.

Outro dado já mencionado refere-se aos preceptores que ousam tratar os pacientes de forma personalizada e mais humanizada, e que são vistos pelos alunos

como heróis a enfrentar um grande desafio. E o fazem de maneira informal e oral, sem registro histórico da atividade, como quem quebra um tabu às escondidas, sem deixar rastros. A falta de registros históricos remete ao dado apresentado por Freud da supressão de lembranças históricas nas sociedades primitivas em consequência do tabu da morte, segundo o qual o nome do morto e todas as lembranças a ele referidas deviam ser apagadas.

Instigante também é o estigma da loucura e dos profissionais que trabalham com a loucura, que podem ser também analisados por essa via: os profissionais que pronunciam o nome dos pacientes, que conhecem sua história e partilham de suas experiências, ficam contaminados e devem ser evitados, como se evitava o contato com os parentes do morto nas tribos primitivas. O que explica o estigma notado pelos psiquiatras na UNIFESP e no HSP, estigma voltado tanto para a psiquiatria e seus profissionais, vistos ainda como “um outro mundo”, “desmembrados” do resto da organização quanto para os pacientes que são “negligenciados pelos outros especialistas”. Um trabalho realizado com enfermeiros da unidade de psiquiatria do Hospital São Paulo (Abud e Freire, 2008) revela que os enfermeiros comunicavam com ironia que “*os enfermeiros não querem trabalhar na Psiquiatria*”, são encaminhados quando dão problemas nas outras Unidades do Hospital, sendo esta a única opção de não serem despedidos e continuarem trabalhando no hospital. Comentava-se pelos corredores do Hospital que o enfermeiro da Psiquiatria perde a mão, e “*com o tempo, ele já não serve mais para outras Enfermarias*”. Enriquez (1989) descreve a identificação dos “*profissionais do psíquico*” com os pacientes uma vez que ficam à margem da instituição sem se interessar pela produção ou pelo poder, característicos da sociedade na qual vivem. Essa identificação e o estigma diminuem na instituição quando a psiquiatria se aproxima da metodologia médica, que “*diz respeito ao ser do homem como objeto de saber positivo.*” (Foucault, 2006, p.217), ou seja, despessoaliza o paciente e perde grande parte de sua identidade enquanto especialidade médica.

No entanto, mesmo despessoalizando o paciente, o contato existe, assim como existe sua decorrente tensão. Essa tensão pode ser canalizada, segundo Dejours (1993), de três formas: a via psíquica que produz fantasmas e representações mentais capazes, por si só, de dissipar a tensão; a via motora que propicia, através da fuga, ação, uma descarga psicomotora; e a via visceral acionada quando essas duas vias falham e a energia pulsional é descarregada pelo sistema nervoso autônomo e pelo desordenamento das funções somáticas. Para metabolizar as tensões cotidianas do hospital, decorrentes

do contato com pacientes, doença e morte, posso afirmar que a via psíquica é pouco utilizada. Desde a falta de espaços no curso de graduação para se pensar a morte, até o serviço de cuidados paliativos que conta com um médico contratado, até a forma de abordar os pacientes, em consultas rápidas, “focadas na doença”, as condutas médicas, cirurgias, prescrições, exames, discursos concretos, sugerem mais uma via de descarga por meio do ato, o “ato médico” do que através de representações psíquicas e de reflexões sobre a experiência. A reclamação dos alunos de que “*não sabem o que fazer*” com os aspectos emocionais dos pacientes revela que é muito difícil, dentro dessa cultura, pensar sobre a experiência, há que se fazer alguma coisa com ela. Um aluno relatou que ao entrar no quarto de uma paciente percebeu que ela estava passando mal, e então mediu sua pressão, examinou-a, olhou seu prontuário, não encontrou nenhuma anormalidade e ficou sem saber o que fazer. Sentou-se ao lado do leito da paciente e conversou um tempo com ela, e percebeu que ela foi melhorando aos poucos. “*Mas professora, eu não fiz nada, como ela melhorou?*”.

A cultura da organização não oferece representações psíquicas e sociais que propiciem a mentalização, o processamento psíquico de experiências tão impactantes do ponto de vista emocional. O que encontramos foram rituais estáticos, atos repetitivos e vazios de significado. Um desperdício, uma vez que do ponto de vista individual deparei-me com entrevistados bastante reflexivos e ricos na sua capacidade de representar e refletir a realidade, capacidade que se perde na rotina hospitalar.

Ludicamente, os alunos tentam simbolizar a angústia de morte que paira na instituição através do símbolo da Atlética: uma caveira com nome, Nicodemus que, cheia de personalidade, usa cartola e fuma charuto. Os alunos tentam assim levar a morte “*na esportiva*”. Apesar de muitas tentativas, não consegui encontrar a história do Nicodemus, como ele foi elaborado, porque recebeu esse nome. Encontrei o significado do nome, que quer dizer “vencedor” e encontrei o São Nicodemus que auxiliou José de Arimatéia a enterrar o corpo de Jesus. Numa conversa de corredor com alguns alunos, após um torneio esportivo contra outras universidades escutei a seguinte história: “*o pai de Fulana morreu mês passado e quando Siclana entrou na quadra para jogar falou para Fulana: vou ganhar este jogo para vingar a morte do teu pai.*” Essa conversa ilustra como os alunos captam e vivenciam a angústia diante da luta contra a morte.

É muito difícil simbolizar a morte. No dia a dia é adaptativo recusarmos sua possibilidade uma vez que, se pensássemos em todos os riscos que corremos o tempo todo não seria possível viver. O cotidiano hospitalar não permite que esqueçamos a

morte, ela está presente o tempo todo. Os rituais podem ser de grande ajuda nesse processo, mas devem ser realizados para lembrá-la e não para esquecê-la ou combatê-la.

Para Enriquez (1997), a negação, recusa em reconhecer a realidade de uma percepção traumática, ocorre na organização na medida em que essa não reconhece sua mortalidade, seus conflitos, seus limites, vendo-se como o objeto ideal (trata-se da clivagem do ‘eu sei que a morte existe, mas apesar disso vou salvar o mundo’). Tempo e morte são ao mesmo tempo negados e aceitos na organização, mas pela clivagem, a realidade é rejeitada. “*O que foi excluído do simbólico reaparece no real*” (Enriquez, 1997, p.127), e reaparece sem aviso prévio ganhando força. O percebido não encontrou palavra para dizê-lo e reaparece, imprevisivelmente, sob a forma de ato, no nosso caso, o ato médico tantas vezes infrutífero, revelando mais uma descarga de tensão do que uma ação simbolicamente carregada e efetiva.

Esse modo de funcionamento institucional que não encontra representações psíquicas e sociais para nomear suas experiências afetivas e emocionais, lembra, se eu puder fazer outra analogia, o funcionamento psíquico dos pacientes somatizadores, descrito por Pierre Marty (1998). Como os pacientes, eu diria que a instituição é “mal mentalizada”. Se eu puder ampliar a analogia diria que a via de descarga tensional predileta desses pacientes é a motora, através do que Marty (1998) chamou de comportamento operatório; além da via visceral. A esse respeito, não é incomum escutar no dia a dia da organização notícias de que um residente convulsionou durante o trabalho, vomitou durante uma anamnese, teve uma crise de ansiedade, ou *burn out*. Para não mencionar a depressão essencial, conceito também elaborado por Marty referente a pacientes somatizadores, tão freqüentemente diagnosticada no meio médico. A exemplo dos pacientes, tão repulsivos e irritantes aos seus membros, a organização investe todo seu interesse e preocupação em seus corpos, apresentando muita dificuldade e resistência em reconhecer os fatores psíquicos e emocionais que possam estar presentes em seu mal estar.

Assim, a organização mantém e aprofunda a cisão entre corpo e alma, historicamente construída.

Finalizando, a instância pulsional, apesar de não ser diretamente apreensível senão pelos seus efeitos e representantes psíquicos, atravessa todas as outras instâncias da organização, como veremos a seguir.

7. 3. A Instância Social-histórica

As sociedades arcaicas são comunidades estáveis, fundadas numa ordem transcendente, que lutam contra a instituição de um poder separado, a divisão é por sexo e gerações, e diferem das sociedades históricas que querem controlar o processo histórico, conhecem uma divisão de classes mais ou menos antagônicas e são dirigidas por uma instância de poder separada. Essas diferenças não são rígidas, mas as sociedades arcaicas são comunidades e as históricas não o são ainda que se esforcem por revestir-se de uma forma social que garanta sua maior coesão. Não são regidas pelo mito, mas por um substituto: a ideologia.

A ideologia tem *“por função principal, polir o social a fim de lhe dar a homogeneidade requerida.”* (Enriquez, 1997, p.58) Enriquez questiona se o ‘aparelho de crença oficial’ sempre assume a função de dogma e controle sócio-político. Tal como o mito, a ideologia pode ser abertamente proclamada, ou comunicada nas entrelinhas ditando o que é um bom comportamento. A ideologia pertence à ordem do visível e representável, e expressa a realidade ao mesmo tempo que a mascara. *“Pelo fato de que não se pode falar de ideologia senão nas sociedades divididas, estruturadas em torno do conflito social, a ideologia irá ter como função exprimir a homogeneidade e ocultar o conflito, afirmar o povo-uno e ocultar as relações de dominação. Assim, a ideologia burguesa exprimirá a liberdade e disfarçará a exploração.”*(p.60). Isso só funciona se no real, no cotidiano as pessoas experimentarem alguma liberdade, senão o discurso não “cola”. A ideologia, como mascara parte da realidade, é revelada pela interpretação que reúne o elemento oculto e o proclamado, a exploração e a liberdade.

No caso da UNIFESP-HSP, o ufanismo mencionado por um dos membros da organização que garante uma formação técnica *“só pelo fato de estar dentro da organização”* (U32), mascara, por exemplo, o baixo desempenho dos alunos na avaliação nacional das universidades. Essa mesma formação técnica, motivo de tanto orgulho na universidade, na organização hospitalar traduz-se em tecnologia, alimentada pela indústria da saúde. Criou-se toda uma ideologia em torno da tecnologia, que em parte garante avanços excepcionais dentro da medicina, mas que mascara a vivência no dia a dia hospitalar que, contraditoriamente, mostra aos seus alunos e residentes que

muitas doenças são crônicas, têm apenas controle e não cura. Na universidade, especialmente, há uma diferença entre o discurso dos alunos do primeiro ano, que vão curar as doenças e alunos do quinto e sexto ano, que atendem os pacientes e percebem isso. A indústria da saúde vende a ilusão da imortalidade tão cara à sociedade atual. A crença na imortalidade, divulgada e alimentada pela propaganda da indústria de tecnologia médica e farmacêutica, vem para aliviar a angústia de morte dos membros da organização provocada pela constante incerteza sobre suas condutas. Conforme analisamos no item sobre a capacitação técnica e científica do médico no capítulo de resultados, essa crença na tecnologia reflete um pressuposto básico da organização que exclui do seu sistema de crenças qualquer dado ou fato que possa vir questionar isso, como uma forma de aplacar a angústia diante das incertezas. Diante da angústia da morte oferece-se ao profissional e ao paciente um caminho, teoricamente, seguro a ser seguido, inclusive embasado cientificamente através de pesquisas objetivas e positivistas, implementadas através de protocolos rituais e estáticos, como, por exemplo, os checklists das anamneses, que devem focar a doença e serem cumpridos num curto espaço de tempo nas consultas. Essa organização do trabalho não favorece conhecer o paciente, mas replicar o que a semiologia já conhece, favorece apenas a formação de técnicos. Nota-se aqui claramente a instância pulsional atravessando a instância ideológica, uma vez que a tecnologia aprofunda o distanciamento entre o profissional e o paciente e não considera aspectos humanos do paciente.

O resultado disso é que parte do real fica mascarada, uma vez que a tecnologia faz dos médicos heróis detentores de um saber miraculoso, mas transforma-os em técnicos que muitas vezes não têm autonomia para decidir quanto tempo destinar a uma consulta com determinado paciente, que procedimentos realizar com o paciente, que medicação prescrever, que exames solicitar e que tempo de internação determinar. O Jornal da Associação Médica Brasileira de Setembro-Outubro de 2010 apresentou uma matéria denunciando a interferência que os planos de saúde têm na autonomia médica, ditando quanto tempo um paciente deve ficar internado no hospital. Recentemente, o Jornal A Folha de São Paulo registrou o aumento de tranqüilizantes no ano de 2010, destacando o Rivotril, fruto da propaganda da indústria farmacêutica, e não necessariamente da indicação médica para seu uso.

A ideologia enquanto pensamento que tende a se tornar dominante só pode existir se fizer desaparecer os acontecimentos e idéias que comprometam seu sistema explicativo. No HSP isso foi mencionado por um entrevistado que atendia um paciente

e alguém batia na porta da sala dizendo que deveria encerrar a consulta. E caso, nas discussões, o aluno ou residente tentasse ampliar a conversa sobre os aspectos psicossociais do paciente ele receberia a resposta de que isso não é importante. Mesmo exprimindo parte do real, a ideologia omite outra parte, no nosso caso, a parte humana e afetiva das relações com pacientes, que de algum modo “atrapalha” os procedimentos técnicos. Apesar de 100% dos entrevistados terem mencionado a importância da abordagem do aspecto humano na assistência, isso não se converte em prática cotidiana no hospital, tampouco é registrada, possivelmente, porque questiona o pressuposto básico – o da eficácia técnica -, compromete seu sistema explicativo.

A ideologia tende ainda a omitir os possíveis “fracassos” que mesmo toda tecnologia não é capaz de evitar. A sua função é aplacar a angústia, como nos mitos, lembrando que no caso aqui analisado, a angústia central é a de morte. Ela visa garantir à pessoa que, seguindo seu ideal, vidas serão salvas, o que deveria proteger o profissional de eventuais conflitos psíquicos. No entanto, quando um paciente morre, o profissional não questiona a ideologia, essa permanece intacta. Ele questiona a sua própria conduta: *“constrangimento, uma sensação de que você talvez não tenha feito tudo o que pôde, mas é uma sensação falsa? Por que você aplica aquilo que você... Os conhecimentos pra enferm... E acaba... Mas diante da morte tem uma sensação assim de derrota”* (HR2). É notável nessa fala que o profissional questiona a própria conduta e não os limites da medicina.

Nas organizações as ideologias tendem a funcionar como *“verdadeiras religiões científicas”* (Enriquez, 1997, p.68). Unificam três registros, o da verdade (a ciência), o da crença (religião) o da certeza mobilizadora (ideologia). Para tanto, é preciso que a organização ou seus dirigentes se proponham como um objeto maravilhoso a ser admirado, e que proponham objetivos a se realizar, solicitando certo grau de sacrifício de seus membros. Assim, o profissional fica com o sentimento de derrota e tristeza (HR2), e defende a certeza ideológica, o ufanismo de que pertencendo a essa universidade e fazendo o sinal da cruz, que significa seguir o protocolo técnico e tecnológico, tudo ficará bem. Aqueles que ousarem falar da tristeza e da sensação de fracasso decorrentes das inevitáveis mortes dentro da organização sofrerão rechaço e indignação por parte de seus colegas. Esses serão vistos como os fracos sem vez (U31). E a ciência, enquanto verdade, vem corroborar a crença e a ideologia. Para ilustrar, um dos entrevistados (HPQ4) ao ser questionado sobre sua opinião de porque achava que os médicos consideravam pouco as questões emocionais dos pacientes, afirmou que em

parte porque a psiquiatria evidenciava poucos achados científicos. Por exemplo, quando ficou comprovado, estatisticamente evidenciados os malefícios do cigarro para a saúde da população, os médicos passaram a incluir esse dado na sua anamnese. Ou seja, o dado só é crível se aparece nas pesquisas estatísticas. A questão não é a credibilidade desse tipo de pesquisa, ou a eficácia técnica incontestável conquistada pelo campo. O problema é sua hegemonia, acreditada como A verdade. O problema é que qualquer outra forma de pesquisa ou conduta não tem valor dentro desse sistema ideológico. Como a subjetividade humana, enquanto objeto de estudo, não se adéqua a esse método, ela fica praticamente excluída do campo de conhecimento e ação.

Portanto, a organização mascara suas falhas através do ufanismo (U32); escondendo dados sobre o desempenho de seus alunos (U32); através do sacrifício de seus membros que, alienados, ficam com a culpa pelos fracassos e mortes (culpa que pode ser fonte de depressão e suicídio) ou tendem a culpar colegas ou outras especialidades, que eventualmente cuidassem do mesmo paciente; evitando lidar com a morte (HCP1).

Concluindo, se a ideologia da universidade que valoriza apenas seus achados científicos e tecnológicos por um lado garante profissionais “excelentes” e que “sabem muito” (U33), e de outro, a tecnologia e toda indústria que a viabiliza tornam-se um sistema coercitivo da prática médica. Vejamos como se estrutura o sistema de coações na Instância Institucional.

7. 4. A Instância Institucional

Se ao nível do processo social-histórico são pronunciados os ideais, travadas as lutas sociais, é na instância institucional que se expressam os fenômenos de poder, as leis escritas e as normas explícitas ou implícitas de conduta. As instituições são conjuntos cuja função é orientar e regular a sociedade, plano político sem o qual uma sociedade não se funda. Deve estruturar de maneira estável as relações sociais com a do amor e ódio, de aliança e competição, de trabalho e de jogo.

As instituições fundamentam-se num saber que tem força de lei e que se apresenta como expressão da verdade. A lei deve apresentar-se nos comportamentos concretos, nas regras da vida organizada, e para tanto deve ser internalizada num ideal. A instituição desempenha, portanto o papel do ideal ao qual nos submetemos. Esse

saber visa educar e formar homens e padrões de comportamento estáveis, definitivos, que retransmitam o saber. A educação se dá através da coação, num sistema de interdições e limites, violência disfarçada que se manifesta quando da desobediência de alguns.

No caso estudado, a UNIFESP-HSP, os calouros são iniciados através da aula de respeito ao cadáver que claramente orienta como os alunos devem lidar com os aspectos subjetivos do ser humano. Orienta também como lidar com os aspectos biológicos salientando condutas éticas e morais. Institui-se assim um padrão de comportamento. Conversando com um professor (UP1) ele afirmou que considerava melhor que os alunos não soubessem quem era aquela pessoa que morreu porque isso os deixaria mais tristes. Novamente, a tristeza diante da morte, nessa instituição não é permitida. E essas regras de comportamento se estendem a diversas outras situações dentro do curso de graduação e da residência, capilarizando seu poder de controlar e coagir as condutas e atos institucionais. Para lembrar algumas dessas formas de poder, as aulas na graduação seguem a tendência racionalista-acadêmica que transmite aos alunos um padrão de comportamento e valores, segundo os quais o professor, detentor de um grande saber (e numa universidade saber é poder) transmite oralmente aos alunos o que sabe. Os alunos, por sua vez, devem sentar-se e absorver esse saber, passivamente. Conforme mencionado, muitas vezes o aluno não sabe o nome do professor e vice-versa, configurando uma relação despersonalizada, como é despersonalizado o cadáver. Ora, para que o aluno se sinta seguro para fazer perguntas, pensar sobre o exposto e questionar esse saber, atitudes mais voltadas ao aprendizado do que ao ensino, ele precisa de um vínculo de confiança com esse professor e com seus colegas, que também não se expõem. Aqueles que ousam quebrar o silêncio, e um dos entrevistados denunciou isso (U20), é criticado como fraco, alvo de chacota e repellido pelo grupo. Fica claro nesse exemplo como opera a coação que, violentamente, visa manter os padrões de decoro instituídos. Toda a fragmentação do curso de graduação pauta-se nesses valores instituídos, uma vez que a fragmentação impede a integração necessária às tarefas de reflexão e crítica. A divisão de disciplinas e dessas em subespecialidades, cada qual coordenada por um professor, lembra o que Foucault chamou de “tecnologia política do corpo”, onde através da disciplina, da organização do espaço e dos indivíduos em micro células evitam-se agrupamentos, desvios e descontrole. De tal forma que na UNIFESP a relação professor-aluno é controlada, com horários fixados, ensino de gestos e atitudes definidos. À exemplo da relação médico-paciente que deve

ter um tempo curto de duração, não se pode perder tempo com questões “inúteis” do ponto de vista biológico. Da mesma forma que se deve evitar a tristeza dos alunos, evita-se a tristeza ou qualquer emoção dos pacientes. Os protocolos que regem as anamneses, feitas ritualmente em forma de *checklist* sem espaço para qualquer anotação mais subjetiva, tentam garantir a despersonalização. O residente não sabe o nome do paciente que daqui a uma semana não lembrará mais o nome do médico que o atendeu, graças ao sistema de rodízios. Novamente, o residente que quebra esse padrão é alvo de chacota por parte de seus colegas.

Quando as emoções irrompem, quebrando o que foi normatizado, o membro da organização não sabe o que fazer com ela. Como um corpo estranho as emoções ficam sem canalização na instituição, despertando pavor nos alunos e residentes.

Em nome do ufanismo, do orgulho de fazer parte dessa escola que garante a “excelência” na formação técnica e ética, sacrifica-se a subjetividade, a realidade psíquica e emocional de seus membros, que devem se a ver com suas falhas e lutos individualmente e em silêncio. Assim, a instituição seduz, pois garante a seus membros uma identidade social muito valorizada.

Todos esses valores revelam a emergência da instituição, suas formas, modalidades de aplicação, meios de controle utilizados, formas de violência, fascinação ou sedução, colocando-se a questão da relação do poder e da morte, do amor e do trabalho.

Analogamente, a pesquisa realizada hegemonicamente na universidade segue o instituído, devendo ser objetiva e positivista. Um dos entrevistados comentou a falta de dados psicossociais presente nas publicações tidas como científicas. Encontrei, conforme exposto no capítulo anterior, em contrapartida à crença na tecnologia derivada desse tipo de método de pesquisa, uma descrença nas ciências humanas. Professores e alunos não acreditam ser possível ensinar ou aprender sobre o funcionamento psíquico e emocional, como se esse campo do saber não fosse suficientemente objetivado para sua transmissão. A crença de que isso vem “de berço” ou aprende-se na prática, com a experiência. Porque a universidade admite então a existência de cursos como o da Psicologia Médica?

O fato é que admite, assim como todos os entrevistados incluem na missão do médico uma assistência humanizada. Porém, esse ideal não se reflete nas práticas hegemônicas da universidade e nem do hospital, constituindo o que chamei de dupla mensagem. É importante na universidade ter cursos como o de psicologia médica, mas

não é necessário avaliar conhecimentos humanos no vestibular, assim como na semiologia integrada a nota dessa disciplina deve ser um “*plus*” na nota geral hegemonicamente determinada pelas disciplinas médicas. No hospital é importante humanizar a assistência, mas isso não precisa ser protocolar nos atendimentos, tampouco precisa ser registrado.

Dentro desse jogo de forças, a pesquisa é representada pelos membros enquanto “carro-chefe” da organização. As pesquisas e publicações são valorizadas porque captam recursos financeiros, junto à indústria da saúde, para a universidade, porque seus resultados propiciam prestígio entre os renomados meios científicos nacionais e internacionais, e porque promovem tecnologia. Sua hegemonia é tamanha que até a seleção de seus alunos que dão aula na universidade e participam da assistência é autônoma, independente das diretrizes do hospital. Toda organização do trabalho, dividido em subespecialidades parece convergir mais ao interesse da pesquisa do que do ensino e da assistência. Se à pesquisa interessa estudar miomas separadamente de mamas, aos pacientes, isso é um desserviço.

A psiquiatria contém em seu departamento esse mesmo jogo de forças sendo que, atualmente, apresenta uma divisão que lembra aquela mencionada por Foucault (2005) entre a face trágica e crítica da loucura. Essa divisão é reeditada, de um lado, pela psiquiatria dita mais biológica, ligada às neurociências. Trata-se da face hegemônica da psiquiatria uma vez que é compatível ao que é instituído nas organizações. Isso a aproxima da medicina e de seus valores. Do outro lado, encontra-se a parte mais humana da psiquiatria, vista pela organização até como responsável pela humanização da assistência é, dentro desse jogo de forças, desvaloriza e ainda estigmatizada, uma vez que “perdeu a mão” dos aspectos orgânicos. E eu diria, uma vez que sua filosofia, visão de mundo, de saúde e doença, não se adapta ao instituído, a essa organização que fragmenta a assistência e as relações em tempos curtos que desfavorecem a criação de vínculos personalizados de confiança.

O setor administrativo também é submetido a esse jogo de interesses, perdendo sua autonomia na tomada de decisões como quais profissionais contratar, ou que pesquisadores permitir utilizar seu espaço e pacientes enquanto objeto de estudo. Conforme sugeriu Carapinheiro (1991), o saber técnico dos médicos transformou-se em capital simbólico, relegando o saber administrativo a um plano sem força política, ou uma força política muito enfraquecida.

7. 5. A Instância Organizacional.

Se puder criar uma metáfora, eu diria que da mesma forma que a medicina dividiu e fragmentou seu objeto de estudo, ou seja, o corpo em múltiplas partes até chegar à célula, as organizações aqui estudadas podem ser analisadas como um corpo fragmentado e desmembrado. A própria estrutura fica e arquitetônica revela esse desmembramento, nas múltiplas “casinhas” do bairro da Vila Clementino, que foram sendo alugadas pela universidade e hospital, para acomodar as diversas subespecialidades. Assim, encontramos no bairro a “casinha da dor”, a “casinha da nefro”, a “casinha da psicoterapia”, a “casinha da hemato”, etc. Dentro da psiquiatria existem inúmeras casinhas, apesar do departamento contar com a instalação de um prédio inteiro. De forma que há uma “casinha” para os transtornos de humor, outra para as drogadições (aliás, tem duas “casinhas” para drogadições, habitadas por equipes diferentes, sendo que uma delas, segundo representações sociais construídas na organização, enfatiza mais os aspectos psicodinâmicos dos pacientes e a outra enfatiza mais aspectos biológicos), a “casinha” dos transtornos alimentares, etc.

Segundo Enriquez, a organização estrutura e encarna a instituição. A começar pela arquitetura, a organização utiliza os mesmos mecanismos de clivagem requeridos pela instituição. Esses mecanismos aparecem na organização também sob a forma de divisão do trabalho, se a instituição é o lugar do poder, a organização é o lugar dos sistemas de autoridade, o lugar do político e o das relações de forças cotidianas. Se o que é hegemônico, atualmente, na UNIFESP e no HSP é um tipo de pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, toda produção, no caso as aulas e a assistência, está organizada em função de manter e viabilizar o instituído. Novamente, na universidade, as aulas expositivas, utilizando power point no escuro, os alunos dispostos em fileiras voltados para a frente do professor, o sistema de avaliação que enfatiza a “decoreba”, a reprodução do que já se sabe, a fragmentação das disciplinas como “tijolos” sem fornecer ao aluno o “cimento” para integrá-los; no hospital o sistema de rodízio, atendimentos ritualizados que duram quinze minutos; todos esses aspectos fazem das duas organizações linhas de produção de tecnologia médica.

A organização “*é as transmutação em tecnologia, em quinquilharias, da Instituição.*” (Enriquez, 1997, p.81). Tecnologia tanto de máquinas e equipamentos quanto de metodologias e procedimentos de trabalho cujo objetivo é modular, canalizar os desejos e projetos dos grupos sociais, com relação a seus estatutos e papéis. Nesse

nível encontra-se o debate entre a eficácia da máquina (a organização é pensada enquanto máquina) e a resistência à reificação dos seres humanos e grupos sociais. Alunos e pacientes, assim como os professores são vistos como prolongamentos das máquinas e tratados como objetos destituídos de sua subjetividade. A organização se estrutura dessa forma, conforme mencionamos na instância pulsional para se proteger das angústias fundamentais ligadas aos horrores próprios da vida e da morte.

Enriquez (1987) elenca algumas dessas angústias fundamentais, das quais destaco o medo do imprevisto, do espontâneo. Isso se revela no nosso caso na passividade imposta e acatada pelos alunos, que restringem sua espontaneidade de perguntar e questionar; ou nos atendimentos a pacientes onde se deve seguir o protocolo, rapidamente, sem dar espaço para que a subjetividade apareça espontaneamente e que se construa uma relação afetiva mais profunda entre residente/médico e paciente. Isso porque a organização teme - outra angústia fundamental - que sentimentos positivos se intensifiquem e fujam do controle, sentimentos que devem ser canalizados para a produção (não pode ficar triste ou chorar por um paciente jovem em fase terminal por câncer, é melhor focar na doença e esquecer a tristeza dela decorrente). O problema é que esse temor e sua conseqüente evitação deixa a angústia solta na organização levando alguns de seus membros a se drogarem para anestesiá-la ou, deprimirem. Há ainda a angústia do desconhecido, da morte, dos outros, da livre expressão e do pensamento, todas elas imaginariamente controladas pela organização do trabalho tal como se estabeleceu nas organizações estudadas.

“Assim sendo, as organizações são o lugar privilegiado da ‘compulsão à repetição’” (Enriquez, 1997, p.87), compulsão muitas vezes atuadas através de condutas médica automáticas, mas desnecessárias, como exames, consultas e cirurgias, em pacientes cuja problemática desafia o campo de saber e tecnológico organizado pela medicina. Os pacientes somatizadores entram nessa “linha de produção”, mas não se adaptam totalmente a ela, uma vez que sua problemática subjetiva não é considerada. O raio X, a “chapa da cabeça” ou, mais modernamente falando, a ressonância não mostram o conteúdo de seus pensamentos, tampouco a intensidade afetiva de seu sofrimento.

7. 6. A Instância Grupal e a Individual.

A essência do grupo é então a criação de uma comunidade, uma associação voluntária de pessoas que experimentam em comum a necessidade de trabalharem juntas para realizar determinados projetos. O grupo é um momento da comunidade, no qual as tensões, os conflitos, a lógica e os afetos não são mais contraditórios, as contradições estão reconciliadas, não geram sofrimento, onde é possível ser diferente e estar unido. A comunidade é um momento indispensável para a criação de toda organização, instituição e sociedade histórica. Se ela não existisse o mundo seria feito de regras de funcionamento, sistemas de poder e relações de força, e não seria atravessado pela afeição, paixão ou ternura. A comunidade deve ser a busca de todos os seres, busca nostálgica que ‘aquece’ a vida. Por isso a instância grupal é fundamental.

A UNIFESP e o HSP são constituídos por diversos e diferentes grupos que podem ser divididos conforme a especialidade médica (Reumatologia, Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, etc.), conforme a tarefa (assistência, ensino, pesquisa, administração, etc.), conforme a hierarquia (professores, alunos, residentes, etc.), entre outros.

Descrevi e analisei, no capítulo sobre a universidade, dois grupos distintos. O primeiro constituído por um professor e uma turma de alunos do primeiro ano, cujo funcionamento pode ser descrito, majoritariamente como o que Bleger (1989, p. 43) chamou de sociabilidade sincrética que diz respeito a *“uma sociabilidade estabelecida sobre um fundo de indiferenciação ou de sincretismo, no qual os indivíduos enquanto tais não têm existência”*. Kaës chamou esse fenômeno grupal de pólo isomórfico (1997). A uniformização dos jalecos dos alunos e seus cabelos moicanos expressavam esse fundo indiferenciado do grupo, coordenado por um professor-líder que enunciava regras de conduta e comportamento, dizendo o que seria permitido e o que não seria permitido fazer dentro do grupo, independente do que os alunos pudessem pensar ou sentir diante da tarefa proposta. Não havia ali lugar para a expressão de subjetividade, reflexão crítica e mudanças. Assim como foi clivado o aspecto humano do cadáver, a personalidade e subjetividade dos alunos não foram levadas em conta.

O outro grupo descrito, a equipe de professores de Semiologia Integrada, encontrou espaço para, a partir de um fundo indiferenciado que funcionava de acordo com as normas mais hegemônicas da organização, refletir e pensar de forma mais criativa sobre a tarefa. Conforme mencionei isso não ocorreu sem angústia, sem a

sensação de estarmos fazendo algo errado, e não apenas diferente. A sensação adquiriu, segundo minha percepção, a intensidade da quebra de um tabu, o tabu de mencionar o nome e a personalidade do doente ou do morto nas anamneses, descrito mais detalhadamente na instância pulsional.

Esses exemplos e os dados revelados pela pesquisa de campo que permitem uma noção de como se organiza o trabalho nessas organizações, e que valores instituem essa organização, expressam que, no geral, os grupos de trabalho não propiciam um espaço de reflexão crítica e de transformação, no qual os alunos e residentes possam falar de suas angústias e criar um laço de confiança com seus preceptores, mas um espaço de repetição, de “decoreba”. As organizações por um lado incentivam o espírito de equipe, que melhora o desempenho, mas por outro temem a formação de grupos muito coesos que venham a questionar a organização e tentar modificá-la. O grupo é então, para a organização e seus membros, ao mesmo tempo um ‘lugar de refúgio’ e um ‘sítio de todos os perigos’ (Enriquez, 1997, p.105).

No plano individual, essa conformação propicia a adaptação de indivíduos que Enriquez (1997) chamou de coerente, aquele que possui uma personalidade compacta, sem falhas. Não tem projeto, senão o de continuar a fazer funcionar a sociedade tal qual ela é. E não estimula a participação de sujeitos consistentes, aqueles que podem alimentar dúvidas, tomar caminhos atravessados, questionar algumas de suas idéias, aqueles que conservam o mesmo projeto, que é um verdadeiro projeto existencial.

As organizações em geral, mesmo as que adotaram uma estrutura estratégica preferem de seus membros o conformismo massificado, ou o homem que adota uma identidade coletiva forte, dominado pelo narcisismo individual ou grupal ou organizacional; em detrimento daqueles que vivem seu processo de individuação. As organizações não podem evitar a existência de desviantes e marginais, mas preferirão sempre os loucos pelo poder, os hipernormais (McDougall, 1991), e os submissos, salvo nos processos de criação. Isso pode ser notado na UNIFESP e no HSP, uma vez que a qualidade reflexiva dos depoimentos apresentados dos entrevistados revela sujeitos consistentes, pensantes e criativos. Mas que, na conformação à organização, são neutralizados e massificados.

8. Conclusão

“Jean-Baptiste Pouguelin (1622-1673), filho de um tapeceiro, nasceu e cresceu em Paris. Com dez anos de idade perdeu sua mãe. Formou-se em direito, mas sua paixão era o teatro. Em 1643 criou o Ilustre Teatro e escolheu o pseudônimo Molière. Após anos de luta e dívidas, sua Tropa passa a ser reconhecida e protegida pelo rei. Em 1664 nasce seu primeiro filho que morreu com poucos meses. No ano seguinte nasceu sua filha, a única a sobreviver e que não deixará descendência. Em 1666 uma gripe mal curada transforma-se em tuberculose. Em 1669 morre seu pai. Em 1672 perdeu mais um filho recém nascido e escreveu sua última obra-prima, O Doente Imaginário, apresentada em Fevereiro de 1673 no teatro Comédie Française. Na quarta apresentação, Molière, que protagonizava o doente imaginário, agonizou no palco enquanto os espectadores aplaudiam pensando que ele estava representando. Morreu em casa poucas horas depois.” (Abud et Al., 2009)

Retomando a questão inicial dessa tese, começo lembrando que os dois casos – Dolores e Maria das Dores – utilizados para ilustrar o tipo de problemática humana que encontramos no Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/ HSP apresentam histórias de vida que envolvem abuso na infância, violência doméstica, e principalmente perdas, muitas perdas de entes queridos: pai, mãe, avós e filhos.

Pode-se afirmar que o trauma psíquico é um fator etiológico frequentemente presente nesses casos (McDougall, 1991; Dejours, 1988; e Marty, 1998). Define-se trauma como um excesso de excitação face às capacidades de ligação do aparelho psíquico. Ou seja, diante das adversidades da vida, dependendo da quantidade de excitação intrínseca ao evento estressor e da capacidade que o sujeito e seu aparato psíquico são capazes de metabolizar, o fato pode ser traumático ou não. Do ponto de vista psicodinâmico trata-se de pacientes cujo arcabouço é insuficiente para conter as tensões e tramitá-las psiquicamente, o pensamento é concreto, sem possibilidade de metaforização, simbolização e representação psíquica das experiências afetivas.

Os pacientes somatizadores não representam psiquicamente suas dores como o fez Molière através da sua arte. Molière sublimou todo seu sofrimento e a provável angústia hipocondríaca despertada por tantas perdas e contato com a morte, projetando-a com muito humor no seu personagem *Argan*. Outras peças de sua autoria questionam

o saber médico, numa época em que a medicina não ocupava o lugar e prestígio social e político tal como nos dias hoje. Molière consegue criar um personagem e viver por alguns minutos “com se” fosse um doente imaginário, um hipocondríaco. Os pacientes somatizadores, por sua dificuldade de simbolização não percebem que vivem “com se” estivessem fisicamente doentes, eles assumem literalmente a identidade de doente e, como *Argan* (o personagem hipocondríaco de Molière), acreditam de fato na suposta doença. Não que eles não sintam as dores que sentem, mas, nos casos mais graves encontramos alucinações táteis, e nos menos graves, interpretações delirantes dos sinais que o corpo apresenta. As dores existem de fato, mas sua natureza é moral, psíquica e emocional e não física. Apesar de psiquismos muito comprometidos, beirando a psicose, os pacientes são, do ponto de vista egóico, bastante adaptados a seu entorno social, o que dificulta seu diagnóstico, levando os profissionais de saúde a duvidarem de suas queixas. De forma que, os pacientes muitas vezes são assistidos pelos profissionais de saúde como se representassem os sintomas que apresentam. E, como que amontoados numa *Nau dos loucos* (Foucault, 2005) vagueiam pelos sulcos da instituição, à espera de um porto seguro.

Qual o lugar e papel que os somatizadores encontram na cultura atual? Conforme concluí no capítulo 2, a questão da subjetivação contemporânea na cultura atual vem sendo problematizada por diversos autores, que apontam fatores, inerentes à lógica de consumo moderna, que interferem e significam a construção subjetiva moderna. Destaquei a falta de figura identificatória paterna (Alonso, 2007; Lasch, 1983) que se faz sentir “*em certas formas de patologias que se multiplicam na clínica*” - dentre elas, a somatização - que se expressam pelo excesso de individualismo, causa de ruptura com os próprios pares, pela onipresença do narcisismo (Birman, 2005), pelo autocentramento e exterioridade (Debord, 1997), o que esvazia o horizonte intersubjetivo e as trocas inter-humanas.

Destaquei também, o deslocamento do tabu sexual, vigente até o século XX, para o tabu da morte (Gorer *apud* Ariès, 1974). Eu não saberia dizer se houve um deslocamento de tabus, mas certamente o tabu da morte, conforme verificamos historicamente, é muito presente em nossa cultura e o considero fundamental para a compreensão das formas de subjetivação modernas. A cultura moderna dita que não podemos tocar a morte e seus equivalentes simbólicos (perdas, lutos, dor, tristeza, aposentadoria, desemprego, um paciente que se torna crônico, outro que morre, outro que não melhora da depressão por questões orgânicas que o debilitam, ou o que não

melhora das questões orgânicas porque a depressão não o impulsiona a se tratar devidamente, o filho que não vai bem numa prova, um amor não correspondido), uma vez que o ideal exigido é de felicidade permanente. Recusar a morte e seus equivalentes simbólicos implica em contribuir profundamente para a construção, ou pelo menos na manutenção, de subjetividades narcísicas. Ao recusar a morte, a cultura exige dos sujeitos infalibilidade, onipotência e imortalidade. Nesse registro, a grande assombração, que uma vez abolida (forcluída diriam os psicanalistas) do cotidiano, artificialmente represada do dia a dia cultural e psíquico das pessoas, é a própria morte e seus equivalentes, que ao acontecerem para alguns carregam um potencial traumático muito mais intenso do que carregariam num outro contexto, onde essas questões fossem experimentadas com mais naturalidade, como parte da vida e do ciclo vital.

Penso que a somatização, enquanto patologia decorrente das formas de subjetivação atuais, narcísicas, está para o tabu da morte assim como as neuroses, edípicas, estavam para o tabu sexual na Viena do século XIX, no sentido da denúncia que esses pacientes realizam: se, por um lado, eles entregam seus corpos de bandeja aos cuidados médicos, por outro denunciam que mesmo a extensa e tecnológica medicalização da sociedade, que vende a ilusão da imortalidade e infalibilidade culturalmente avalizadas, não é capaz de suprimir certos males. Talvez por sua história de vida traumática, repleta de perdas e lutos, os pacientes somatizadores não esquecem e não deixam esquecer a morte.

A medicina atual caminha em consonância com essa cultura, contribuindo para a criação de mitos de beleza e juventude eterna, felicidade absoluta e eternidade do corpo. Seguindo o mito de Asclépio, esquecem da fúria de Hades, fúria encarnada pelos somatizadores cujo sofrimento denuncia os limites da tecnologia médica. Neste sentido, os somatizadores representam o inferno para os médicos. Em parte os pacientes somatizadores caem na armadilha do próprio narcisismo e acreditam nessa ilusão mítica entregando seus corpos aos cuidados do profissional num movimento de repetição macabro, esperando uma melhora rápida e indolor; em parte desconfiam da ilusão, uma vez que a vida já lhes mostrou do que é capaz, e seu insistente sofrimento acaba por denunciar a armadilha, demandando, não procedimentos cirúrgicos, mas uma simples escuta do profissional (“*uma palavra, às vezes um palavra é também tratamento*”).

Pelo que pude observar nas consultas, o médico escuta as queixas somáticas do paciente que fica então à espera de uma palavra: o diagnóstico, ou “*a sentença*”, como diria um paciente do Programa de Somatização. A escuta e as palavras não incluem

questões psicossociais, de forma que o diagnóstico alivia o paciente por um curto espaço de tempo, até que as queixas se desloquem para outro lugar de seu corpo.

Ao mencionar a medicina atual refiro-me a todo um sistema que inclui não apenas profissionais e seus centros universitários de formação, mas também os hospitais e indústria farmacêutica e tecnológica, seguradoras de saúde, etc. Conforme mencionado, tanto a organização universitária quanto a hospitalar sofre o atravessamento de uma pluralidade de instituições, são perpassadas por diversos valores instituintes provenientes de instituições tais como a Educação Médica, a Tecnologia Biomédica, a Biologia, a Economia, a Sociologia, a Psiquiatria, a Administração, a Psicologia, os Sindicatos, Ciência Política, etc. Essa diversidade de valores instituintes é fonte permanente de conflitos e contradições dentro dos sistemas organizacionais.

Por exemplo, os centros de formação universitária, um deles a UNIFESP, colaboram com pesquisas cujo desenvolvimento de técnicas e tecnologia é absorvida pela indústria farmacêutica e tecnológica e replicado nas organizações hospitalares. O que acaba por subordinar a prática médica que fica submetida a essa imposição técnica da instituição hospitalar. Criadores da tecnologia, os profissionais tornam-se subordinados à própria criação, que não mais lhes pertence. De forma que perdem o controle sobre procedimentos e prescrições.

Quanto à sua clientela, os hospitais modernos, seguindo a lógica do consumo transmutaram-se, de templos religiosos da antiguidade, em tradicionais e típicos templos de consumo da sociedade atual. Essa lógica implica em realização de atendimentos despersonalizados, protocolares e impessoais, mas com a grife da organização.

Nesse contexto, a psiquiatria passa a fazer parte dos hospitais gerais, e parece que sua presença, pelos valores da formação humanística, por um lado remete à humanização da assistência, que requer medidas da gestão hospitalar para serem efetivamente instituídas; por outro lado inclui a psiquiatria na linha de produção farmacêutica e tecnológica, o que tem o mérito de desenvolver tratamentos mais eficazes para muitas patologias, e o demérito de descaracterizá-la, além de manter e talvez ampliar no imaginário social a exigência de bem estar e felicidade plenos e milagrosos, tão caros à civilização atual, na qual até mau humor virou patologia.

De modo que, conciliar o desenvolvimento científico e tecnológico, cuja organização se dá através de segmentação e fragmentação em subunidades cada vez

menores do campo da medicina, com uma assistência humanizada que requer uma visão integral do ser humano torna-se muito difícil.

A questão que venho tentando responder é: a UNIFESP e o HSP, enquanto organização universitária e hospitalar, pertencente a essa cultura mais ampla, reeditam internamente esses valores através de sua própria cultura e organização do trabalho? Propiciam a seus profissionais uma visão crítica sobre esse estado de coisas e um instrumental clínico capaz de propiciar uma escuta mais humana, no sentido psíquico e emocional, e interromper esse ciclo? Ou sua cultura alimenta a alienação no mito?

A partir da análise das instâncias mítica, pulsional, social-histórica, institucional, organizacional, grupal e individual pode concluir que a cultura organizacional da UNIFESP e do HSP não oferece a seus membros representações psíquicas e sociais para nomear suas experiências afetivas e emocionais. As organizações em questão investem interesse e preocupação, hegemonicamente, no somático, apresentando muita dificuldade e resistência em reconhecer os fatores psíquicos e emocionais que possam estar presentes no mal estar apresentado pelos pacientes e pelos profissionais. Assim, as organizações mantêm e aprofundam a cisão entre corpo e alma, historicamente construída, na medida em que não disponibilizam espaços, palavras e empatia para as angústias despertadas pela tarefa médica.

Essa cisão pôde ser verificada em todas as instâncias.

Na instância mítica encontramos uma narrativa sobre a origem e história da Escola Paulista de Medicina, cujos fundadores foram descritos como heróis imortais que construíram a organização, em meio à revolução e à guerra, tendo salvo muitas vidas da morte. De forma que a organização esconde que os heróis morrem, ou são queimados numa crise de *burn out*, que caem nas teias do grupo de risco para depressão, suicídio, ansiedade, hipocondria, somatização ou drogadição. Não menciona os inúmeros casos de suicídio ocorridos dentro da organização. Tampouco revela o mau desempenho dos alunos na avaliação nacional das universidades. Ou seja, o mito de origem desumaniza seus heróis que seriam mais bravos se tivessem coragem de enfrentar a dor das perdas.

A aula de respeito ao cadáver cria também um mito, o de que a anatomia e o corpo morto são a base da medicina, sendo que a personalidade do cadáver não deve ser mencionada. Conforme mencionamos o mito da revelação dos mistérios do corpo, da vida e da morte, encontra-se presente também na genética e na medicina diagnóstica. A pós-graduação é tida como o “carro-chefe” da universidade, ela carrega essa aura mítica

de poder criar e desenvolver tecnologia capaz de desvendar esses mistérios. Uma assistência humanizada e personalizada requereria toda uma reorganização do trabalho na assistência, reorganização que implica em integração e não fragmentação como requer a pesquisa. Toda a organização do trabalho e do ensino prioriza o “*carro-chefe*”, esse que caminha na mesma direção da cultura, que alimenta os mitos da juventude eterna e da imortalidade.

Na instância pulsional, verifiquei que, historicamente, ao quebrar o tabu de contato físico com os mortos, a medicina deslocou esse tabu de contato para a proibição de mencionar o nome do morto invocando assim sua personalidade e sua história. A partir da dissecação dos cadáveres, corpo e alma são definitivamente separados e o medo da morte desloca-se para o medo da loucura. O fundo afetivo desse movimento é o medo de adoecer e morrer. Frente à angústia provocada pelo contato com o cadáver o tabu é deslocado para a sua personalidade. Diante da tensão causada pelo contato com o corpo do cadáver e sentida pelo corpo do profissional, o nome, a personalidade e o psiquismo do cadáver são abolidos, abortando assim a possibilidade do profissional de mentalizar a experiência, que fica então desligada do psíquico. De maneira análoga, a personalidade dos pacientes, sua história e ambiente emocional são evitados. O que, individualmente, revela uma defesa por parte do profissional contra a angústia de morte, coletivamente constitui um tabu, carregado de fantasias e movido por ansiedades hipocondríacas partilhadas. Alguns autores, como Jacques (1955) e Dejours (1993) corroboram a noção de defesas socialmente construídas nas organizações.

Encontrei nas organizações – UNIFESP E HSP – dados que sugerem essa cisão pulsional. Na universidade, a aula de respeito ao cadáver parece ser o emblema do deslocamento do tabu, uma vez que o discurso do professor orienta os alunos a tratar o cadáver, eticamente, como objeto despersonalizado, até para que se torne possível ao estudante manuseá-lo. O problema é que o deslocamento atinge o mundo dos vivos e o paciente passa a ser também despersonalizado. O mesmo pressuposto básico se repete: é melhor não saber quem foi essa pessoa, de tal forma que personalizar o paciente adquire o peso e a função de um tabu. Isso dificulta imensamente a política de humanização assumida pela direção do hospital. Essa cisão pulsional pôde ser também verificada no processo de seleção de candidatos do vestibular que não enfatiza disciplinas como história e geografia; no conteúdo - predominantemente biológico - e forma (desintegrada) do curso de graduação de medicina, e se repete ainda na relação entre alunos e professores, que mal sabem o nome uns dos outros.

No hospital a assistência revela também uma relação cindida com os aspectos emocionais dos pacientes, uma vez que o profissional deve abordar na consulta os aspectos ditados pelo roteiro das anamneses, que não incluem aspectos emocionais e psíquicos, deve ser rápido e focado na doença, e não deve prestar atenção ou mencionar o sofrimento psíquico do paciente, correndo o risco de ser caçoado ou repellido pelo grupo de colegas e supervisores. Tampouco deve registrar dados psicossociais que porventura apareçam no contato com o paciente.

A cisão revela-se ainda através do estigma da loucura e dos profissionais que trabalham com a loucura, que pronunciam o nome dos pacientes, que conhecem sua história e partilham de suas experiências. Mas ela também é revelada na psiquiatria onde, segundo os entrevistados, pouco se investiga do ponto de vista biológico dos pacientes, e pouco se registra em seus prontuários. A fala do residente de psiquiatria ao dizer que quase desistiu da medicina ao assistir a aula de respeito ao cadáver, aliada a esses dados, leva a pensar que se os especialistas de outras áreas médicas sofrem a interdição do tabu da morte de mencionar o nome e personalidade do cadáver, os especialistas psiquiatras sofrem a interdição do contato físico com o morto e, conseqüentemente, com os pacientes. Ainda assim, dentro do microcosmo da psiquiatria pode-se verificar uma tendência mais organicista e uma mais humanista, ambas sofrendo respectivamente os tabus que a cultura mais macro das organizações impõe.

Sem encontrar acolhimento na organização, sem encontrar representação que favoreça uma tramitação psíquica, a angústia despertada pelo contato com os pacientes (não é porque não se fala nela que ela não existe) acaba encontrando outras vias de expressão, através de rituais estáticos, atos repetitivos e vazios de significado.

A instância social-histórica também colabora para a cisão criando uma ideologia em torno da tecnologia que, em parte, garante avanços excepcionais dentro da medicina, mas que mascara a vivência no dia a dia hospitalar que, contraditoriamente, mostra aos seus alunos e residentes que muitas doenças são crônicas e têm apenas controle, não cura. Cria-se assim uma distância entre o ideal e o efetivamente vivenciado pelos alunos e profissionais, distância que eles vão, conforme disseram os alunos, “sofrendo”, à custa de frustração e tristeza, pavor e medo. A crença na tecnologia reflete um pressuposto básico da organização que, diante da angústia da morte, oferece ao profissional e ao paciente um caminho, teoricamente, seguro a ser seguido. A tecnologia, oriunda da pesquisa positivista, aprofunda a cisão entre o profissional e o paciente e não considera aspectos humanos do paciente.

Na instância institucional verificamos como essa cisão entre corpo e alma se traduz em normas de comportamento encontradas em diversas situações dentro do curso de graduação e da residência, capilarizando seu poder de controlar e coagir as condutas e atos institucionais. Quando a regra é quebrada, através do transbordamento ou irrupção das emoções, o membro da organização não sabe o que fazer com ela. Como um corpo estranho, as emoções ficam sem canalização na instituição, despertando pavor nos alunos e residentes.

A instância organizacional também reflete a cisão mencionada, a começar pela arquitetura das organizações, fragmentada nas famosas “casinhas” que compõem o complexo universitário e hospitalar, além da organização e divisão do trabalho, estruturadas de modo a evitar as angústias fundamentais ligadas aos horrores próprios da vida e da morte.

Na instância grupal também se verifica, hegemonicamente, essa cisão, uma vez que os grupos de trabalho não favorecem o surgimento de angústias, mal quistas, de questionamentos e de transformação criativa, mas apenas de repetição daquilo que os mestres já conhecem. Apesar de a instância individual revelar sujeitos consistentes, pensantes e criativos, os grupos, a organização, a instituição, a ideologia, a pulsionalidade e o mito os neutralizam na sua capacidade de reflexão e crítica, massificando-os.

Nessa cisão, além de temas psíquicos e emocionais, outro tema bastante humano é abolido dos discursos: a morte. O pouco investimento na disciplina de cuidados paliativos e o pouco espaço na graduação para se pensar a morte revelam isso. E penso que a organização deveria criar espaços de reflexão para a morte uma vez que ela está presente no dia a dia do hospital. Certa vez, acompanhando meus alunos no hospital passamos pelo hall do elevador onde um profissional empurrava uma maca com um corpo coberto por um lençol. Os alunos começaram a tentar bolar um jeito, uma passagem subterrânea que ligasse o hospital direto ao necrotério para não termos que ver aquilo. Confesso não ter achado a idéia ruim, pois é muito difícil se deparar com a morte. Mas escondê-la não seria a solução mais eficaz para a angústia que elicia. Essa presença constante da morte é extremamente traumática para os profissionais, principalmente nessa cultura onde não se pode mencionar o fato. Não digo que deveríamos chegar ao ponto de contratar carpideiras para favorecer o processo de luto diário hospitalar, mas a organização poderia propiciar espaços de conversa, estudo, rituais e cerimônias que ajudassem a digestão da experiência. Em outras palavras, a

organização poderia rever sua posição diante da demanda cultural de juventude e vida eterna.

Quanto à sexualidade, não posso deixar de analisar que, apesar da minha insistência, não consegui entrevistar mais do que um profissional da disciplina de ginecologia. Num primeiro momento o profissional que contatei afirmou que eu poderia realizar entrevistas com os profissionais, mas não observar as consultas – apesar de eu ter justificado o pedido através do método etnográfico. Depois disso não obtive mais resposta e tentei o contato através de outro profissional, que concedeu uma entrevista rápida o suficiente para não coletar e aprofundar os dados que precisariam ser investigados. E a partir de então, tentei mais algumas vezes e não consegui outros voluntários. Por isso questioneei a afirmação de Gorer (*apud* Ariès, 1974) com relação ao tabu sexual. Talvez ele não esteja tão enfraquecido assim na cultura atual. E conforme apareceu em uma das entrevistas, falar e escrever sobre a sexualidade dos pacientes nos prontuários é desconfortável para os profissionais e para os pacientes. No trabalho de integração das anamneses que participei na disciplina de semiologia integrada pude reparar como esses temas, sobre a morte e a sexualidade, são apagados do roteiro, ou tratados de maneira técnica.

Outro ponto que considero crítico nas cisões reveladas pelas organizações é a dupla mensagem que elas evidenciam e que fui apontando ao longo da análise. Desde o manual do candidato ao vestibular que promete formar profissionais capacitados a lidar com questões humanas, mas não avalia sua capacidade e interesse para tanto; o fato de 100% dos entrevistados terem mencionado a importância da abordagem do aspecto humano na assistência e isso não se verificar nas práticas de ensino e assistência; a existência de cursos como a Psicologia Médica apesar de não se acreditar que isso possa ser ensinado; enfim, contradições que revelam diferenças de valores instituintes extremamente angustiantes para seus membros, uma vez que criam ideais inconciliáveis com a prática. De forma que os profissionais sentem-se aquém desse ideal exigido pela organização, o que contribui para gerar insegurança, medo, pavor, sentimentos que os prende ao protocolo, ao ritual fixo e seguro.

E é por esses profissionais, feridos incuravelmente em seu narcisismo, que os pacientes somatizadores são atendidos. Pacientes que não se adaptam ao sistema médico e acabam por ressaltar ainda mais a distância entre o ideal ilusório e o efetivamente realizado. Os somatizadores colocam o dedo na ferida causando extrema irritação e impotência nos médicos. Lembremos ainda que a ferida dos médicos é,

metaforicamente, a angústia originada na identificação com o cadáver, o que elicia uma ansiedade hipocondríaca imensa, provocando o sentimento de repulsa diante dos somatizadores cuja angústia central também é hipocondríaca.

As organizações analisadas nesse estudo não propiciam o processamento psíquico das angústias trazidas e produzidas por esses pacientes, ao contrário, tentam formatá-los na sua “linha de produção” através de condutas investigativas e invasivas que acabam sendo iatrogênicas. Por exemplo, ao descobrir sua hematúria, Dolores foi colocada, pela organização, num protocolo de pesquisa, tendo que voltar no serviço anualmente para novos exames. Preocupada, perguntou se seu caso era grave, e os médicos disseram a ela que isso não teria nenhuma consequência grave para sua saúde. “*Mas então porque ter que refazer os exames anualmente*”, pensou a paciente que não tardou em imaginar uma doença muito terrível no seu corpo, doença que, segundo sua imaginação, teria sido transmitida aos seus filhos que, mesmo sem sintomas, foram por ela levados ao médico e fizeram os devidos exames, que nada constataram. Penso ser necessária uma profunda reflexão por parte da organização sobre esse tipo de conduta, uma vez que, enquanto referência social, política e ideológica interfere diretamente na construção não apenas das ciências, mas da subjetividade de sua comunidade.

Mais impressionante era o repertório médico que Dolores aprendera durante os sete anos que perambulou pela organização. Fazia lembrar o final da peça *O Doente Imaginário*, no qual o irmão de *Argan*, o protagonista hipocondríaco de Molière, satiricamente organiza uma cerimônia na qual *Argan* recebe um diploma de médico, mostrando com muito humor essa intensa ligação entre medicina e hipocondria.

9. Referências Bibliográficas

ABUD, C.C., Dores somáticas e desvios pulsionais, In: Volich, M.R.; Ferraz, F.C. Ranna, W., *Psicossoma III: Interfaces da psicossomática*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

_____. *Dores e Odores, distúrbios e destinos do olfato*, São Paulo. Via Lettera, 2009.

ABUD, C. C., SILVA, J. C. B., ESPÓSITO, B., Perspectivas sobre processos de somatização, *Revista Percurso*, número 43, Dezembro de 2009. pg. 73-86.

ABUD, C. C.; FREIRE,C.C., Considerações clínicas de um grupo de enfermeiros, trabalho apresentado no Colóquio sobre Grupos: A experiência clínica e a psicanálise, realizado no Instituto Sedes Sapientiae ,em 31 de maio de 2008.

ALONSO, S. L. A função do pai e os ideais no mundo contemporâneo, *Percurso* no. 39, São Paulo, 2007.

ARIÈS, P. *Western Attitudes toward death, from the middle ages to the present*. John Hopkins University Press, 1974.

AVILA, L.A., COELHO, C.L.S., *Controvérsias sobre a somatização*, *Revista de Psiquiatria Clínica Órgão Oficial do Departamento e Instituto de Psiquiatria* , Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, vol.34, n.6, 2007.

BARSKY, A. J.; ORAY, E. J.; BATES, D. W., *Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity*, *Arch Gen Psychiatry*, Vol 62, Aug 2005, pp 903-910.

BATISTA, N. A., Formação do professor de medicina: desafios e perspectivas, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*, Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 2005.

BLEGER, J., O grupo como Instituição e o grupo nas instituições, In: Kaes, R. A *instituição e as instituições*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989.

_____ *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*, 2. edição, São Paulo, Martins Fontes, 1998.

BOMBANA, J.A., Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos, In: *Psiquiatria na Prática Médica*, Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Vol.33 número 1, jan. mar 2000.

_____ Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica, In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4): 308-312, 2006.

BOMBANA, J.A.; LEITE, A.L.S.S.; MIRANDA, C.T. - Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22: 180-184, 2002.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral, espaço para o psíquico*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

BOULOS, M., A relação médico-paciente: o ponto de vista do clínico, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

CAPOZZOLO, A.A.; CECCIM, R.B., A educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação, In: MARINS, J.J.N. , REGO, S. , LAMPERT, J.B. , ARAUJO, J.G.C., *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*, São Paulo, Hucitec, 2004.

CARAPINHEIRO, G., O poder médico e o poder administrativo no cotidiano hospitalar, In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.33, p.83-91, Outubro, 1991.

CAVALCANTI, E.F.A., FERREIRA, M.P., ALBUQUERQUE, C.P., Dor torácica de origem indeterminada, In: *A Semiologia Cardíaca na era da tecnologia*, Volume 11, Número 1, Janeiro/Fevereiro/2001.

CRUZ, R.M., SARDÁ, J.J., Diagnóstico de aspectos emocionais associados à lombalgia e à lombociática, In: *Avaliação psicológica*, vol.2 no.1, Porto Alegre, June 2003

DE MARCO, M. A., *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*, São Paulo, Caso do Psicólogo, 2003.

DE MARCO, M. A., LUCCHESI, A. C., DIAS, C.C. ABUD, C.C., MARTINS, L.A.N., Semiologia Integrada: uma experiência Curricular de Aproximação Antecipada e Integrada à Prática Médica, In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (2): 282-290, 2009.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*, Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.

DEJOURS, C. *O corpo entre biologia e psicanálise*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
_____ *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo. Editora Atlas S.A., 1993.

DINIZ, M. , Repensando a teoria da proletarização dos profissionais, In: *Revista de Sociologia da USP*, 10(1): 165-184, Maio de 1998.

DURKHEIM, E. (1960) Objetividade e identidade na análise da vida social, in. Foracchi, M. M. e Martins, J. S. *Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia*, São Paulo. Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda.

ENRIQUEZ, E., O trabalho da morte nas instituições, In: Kaes, R., *A instituição e as instituições*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989.

_____ *A Organização em Análise*, Rio de Janeiro, Editora Vozes Ltda. 1997.

ERIKSON, E. H., *O ciclo de vida completo*, São Paulo, Artmed, 1998.

FEUERWERKER, C.M., Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina, In: MARINS, J.J.N. , REGO, S. , LAMPERT, J.B. , ARAUJO, J.G.C., *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*, São Paulo, Hucitec, 2004.

FIGUEIREDO, L.C.M. *Psicologia, uma introdução*, São Paulo: EDUC, 1991.

FOUCAULT, M., *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

_____ *Vigiar e Punir*, Petrópolis, Vozes, 1987.

_____ *A ordem do discurso*, São Paulo, Edições Loyola, 1996.

_____ *A história da loucura*, São Paulo, Editora Perspectiva S.A., 2005.

_____ *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

FREITAS, M. E., *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?*, Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

_____ *Cultura Organizacional: evolução e crítica*, São Paulo: Cengage Learning, 2008.

FREUD, S., “Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas”(1893) in *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol.I, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976, p.234.

_____ (1913) Totem e Tabu, Vol. XIII.

_____ (1914) Sobre o Narcisismo: uma Introdução, Vol. XIV.

_____ (1915) Os Instintos e suas Vicissitudes, Vol .

_____ (1921) Psicologia de grupo e análise do ego, Vol.

_____ (1923) O Ego e o Id, Vol. XIX.

HELOANI, J. R. & LANCMANN, S. Psicodinâmica o método clínico de intervenção e investigação, In: *Revista Produção*, vol.4, n.3, p. 077-086, Set/Dez 2004.

JACQUES, E., Social systems as a defense against persecutory and depressive anxiety, in *New directions in Psycho-analyses*, Tavistok and New York: Basic, 1955.

KAËS, R., *O grupo e o sujeito do grupo, elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

_____*A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*, São Paulo, Idéias e Letras, 2004.

KAMIENIECKI, H. *Histoire de La psychosomatique*, Paris: PUF, 1994.

KAPLAN, HI, Sadock BJ – *Compêndio de Psiquiatria*, 6^a edição – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

KINDER, A; JORSH; M, JOHNSTON, K.; DAWES, P, *Somatization disorder – a defensive waste of NHS resources*, Rheumatology (Oxford),Vol. 43, Issue:5, pag. 672-674, 2004.

KRASILCHIK, M., Planejamento educacional: estruturando o currículo, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B., *Vocabulário de Psicanálise*, São Paulo: Livraria Martins Fontes Ed.,1967.

LASCH, C. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*, Rio de Janeiro, Imago, 1983.

LUCCHESI, A. C., ABUD, C. C., DE MARCO, M. A., Transferências na formação médica, In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (4): 644-647, 2009.

LUCCHESI, M., MALIK, A. M., Viabilidade de unidades psiquiátricas hospitalares em hospitais Gerais no Brasil, *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, no. 1, São Paulo, 2009.

LUHRMANN, T.M., *Of two minds, the growing disorder in American psychiatry*, New York: Alfred A. Knopf, 2000.

MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

MARINS, J.J.N. , REGO, S. , LAMPERT, J.B. , ARAUJO, J.G.C., *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*, São Paulo, Hucitec, 2004.

MARTY, P. *Mentalização e Psicossomática*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MASETTO, M.T., Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

MCDOUGALL, J., *Teatros do Corpo*, São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1991.
_____ *Em defesa de uma certa anormalidade*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MENZIES, I.L. *Containing anxiety in institutions*, London: Free Association Books, 1988.

MEZAN, R. *A Vingança da Esfinge*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.
_____ *Interfaces da psicanálise*, Companhia das Letras, São Paulo, 2002.

MORGAN, G. *Imagens da organização*, São Paulo, Editora Atlas, 1996.

MOTTA, F.C.P. & FREITAS, M.E., *Vida psíquica e organização*, Rio de Janeiro. Editora FGV. 2000.

MUMFORD, E., SCHELESINGER, H. J., GLASS, V.G., PATRICK, C., CUERDON, T., *A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment*, In: *The American Journal of Psychiatry*, 141:10, October 1984, p.1145 a 1158.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BOGUS, C. M., Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde, In: *Saúde e sociedade*, V.13, N.3, p. 44-57, set-dez 2004.

OLIVEIRA, A.B., *A evolução da Medicina, até o início do século XX*, São Paulo. Pioneira, Secretaria do Estado da Cultura, 1981.

Organização Mundial de Saúde - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*, Trad. Dorgival Caetano - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, P. 158.

PAGÉS, M. et al. *O poder das organizações*, São Paulo: Atlas, 1987.

PAPALIA, D.E., Olds,S.W. e Feldman,R.D., *Desenvolvimento Humano*, Porto Alegre, Artmed Editoras S.A., 2006.

PITTA, A. M. F., A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde, *Saúde e Sociedade*, 5(2): 35-60, 1996.

RIBEIRO, E.C.O., Ensino/aprendizagem na escola médica, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

ROST, K., KASHNER,G.M., SMITH,G.R., *Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs*. In: *General hospital psychiatry* 16, 381-387, 1994.

ROUCHY, J. C., DESROCHE, M. S. *Instituição e mudança: processo psíquico e organização*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.

SANT'ANNA, D.B. *Corpos de passagem*, São Paulo, Estação Liberdade, 2001.

SEGNINI, L., *A liturgia do poder: trabalho e disciplina*, São Paulo, Educ, 1988.

SHAW.J.; CREED.F., *The cost of somatization*, In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.35, No.2/3, pp 307-312, 1991.

SIEVERS, B., *Work, Death and life itself*. New York, de Gruyter, 1994.

_____The Diabolization of Death. Some Thoughts on the Obsolescence of Mortality in Organization Theory and Practice. In: John Hassard & Denis Pym (Hg.), *The Theory and Philosophy of Organizations. Critical Issues and New Perspectives*. London (Routledge), 125 – 136, 1990.

SMITH,G.R.; MONSON,R; RAY, D.C., *Psychiatric consultation in somatization disorder*, In: The England Journal of medicine, vol.314, no 22, 1986, p. 1407-1413.

_____ *Patients With Multiple Unexplained Symptom: Their Characteristics, functional health, and health care utilization*. In: Arch Intern med – vol 146, jan 1986.

SMITH, W., *Organizing death: remembrance and re-collection*. Organization, Vol13 (2), p. 225-244, 2006.

TRILLAT, E. - *História da Histeria* - São Paulo: Escuta, 1986.

TRONCON, L.E.A. et. Al. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico, In: MARCONDES, E. , GONÇALVES, E. L., *Educação Médica*, São Paulo, Sarvier, 1998.

TURATO, E.R., Prefácio, In: BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral, espaço para o psíquico*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

TURATO, E. R., *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*, Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

UNIFESP-EPM, *A Universidade da Saúde, Escola paulista de Medicina, 70 anos, 1933-2003*, livro editado pela Reitoria da Universidade Federal de São Paulo, Dezembro de 2003.

VERGARA, S.C., *Métodos de pesquisa em Administração*, São Paulo, Editora Atlas S.A., 2008.

VOLICH, R. M., *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

_____ *Hipocondria*, São Paulo. Casa do Psicólogo. 2002.

ZANOLLI, M.B., Metodologias ativas de ensino aprendizagem na área clínica, In: MARINS, J.J.N. , REGO, S. , LAMPERT, J.B. , ARAUJO, J.G.C., *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*, São Paulo, Hucitec, 2004.