

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

610.696  
L732d  
+

DA DESSACRALIZAÇÃO À PROFANAÇÃO  
DA MEDICINA: A TRAJETÓRIA DO  
DIÁLOGO MÉDICO-PACIENTE

ALZIRA MARIA CARVALHO LIMA

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, sob orientação do professor Dr. Neidson Rodrigues.

*Dr. 2002*

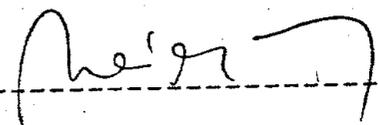
Belo Horizonte - 1989



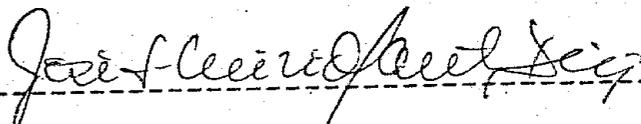
Data de Aprovação:

11 / 08 / 1989

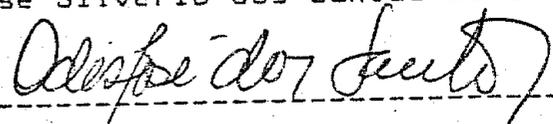
Banca Examinadora:



Neidson Rodrigues: Orientador



José Silvério dos Santos Diniz



Oder José dos Santos

## AGRADECIMENTO

Impossível seria agradecer, aqui, a todos aqueles que comigo conviveram e colaboraram para a realização deste trabalho. Os predicados seriam por demais complexos e as emoções por demais intensas. Entretanto, gostaria de deixar registrado e bem marcado o meu profundo agradecimento ao Professor Doutor Neidson Rodrigues, muito mais que orientador, co-autor, pela energia, apoio, disponibilidade afetiva e efetiva de ouvir, ler, reler, sugerir novas abordagens, abrindo novas possibilidades de análise, e apontar-me o caminho, respeitando-me no meu saber;

ao colega João Batista de Mendonça Filho, que me ajudou, de uma maneira muito próxima, durante a elaboração deste trabalho;

ao Professor Doutor José Silvério dos Santos Diniz, fonte inesgotável de estímulo e reabastecimento, que me iniciou como psicóloga clínica num Hospital;

ao Jorge Fagundes de Lima, que me acompanhou passo a passo durante a elaboração deste trabalho, e de quem recebi ajuda especial;

ao Ronaldo Simões, que me contou muitas histórias sobre a História da Medicina;

à Mônica Margalith, Juana Rabelo, Adriana Versiani, que muito colaboraram na realização de minha pesquisa, entrevistando médicos e pacientes, e categorizando os dados das entrevistas;

à Marinez Murta Collares, que partilhou comigo todas as minhas incertezas e angústias durante este percurso;

à Alaíde Inah González, pela cuidadosa revisão deste texto;

ao Júlio Bittner Rojas e à Walquíria Gonçalves de Carvalho, pelo carinho e dedicação com que prepararam e processaram a apresentação final deste texto;

à Juliana Aguiar e à Vera Fulgêncio Murta pelo cuidado com que organizaram as referências bibliográficas, e

à todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho se tornasse possível,

a minha gratidão.

Para Walter e Teresinha,  
que, pelo amor, me constituíram  
enquanto SER.

Para Waltinho, Guilherme  
e Jorge:

"O médico é superior à Medicina:  
Quando a Medicina acaba,  
o médico continua."

(Dr. Antônio C. Viegas)

Para Marcelo e Luíza:

"Criança de fronte pura e luminosa,  
E sonhadores olhos de espanto.  
Embora o tempo seja veloz,  
E meia vida separa você e eu,  
Seu adorável sorriso bem certo saudará  
Esta oferta de amor: um conto-sonho."

(Aventuras de Alice - Através do Espelho,  
Lewis Carroll)

## INDICE

1 - INTRODUÇÃO .....	9
1.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	11
1.2 - UNIVERSO E PARTICULARIDADES DA PESQUISA .....	13
1.3 - ESTRUTURA DO TRABALHO: ALGUMAS QUESTÕES PRELIMINARES .....	15
2 - O DISCURSO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A FALA DENUNCIADORA .....	20
2.2 - O REVELADO E O OCULTADO: UM OLHAR PELOS DISCURSOS DOS MÉDICOS E DOS PACIENTES .....	23
2.2 - A FALA SILENCIADA: O PACIENTE DIANTE DO DISCURSO MÉDICO ..	61
2.3 - NOVAS REVELAÇÕES PARA ALÉM DOS DISCURSOS .....	71
3 - DO DISCURSO DOS SUJEITOS AO DESEJO DA VERDADE: UMA REVISÃO PELOS CAMINHOS DA HISTÓRIA DA MEDICINA E PELOS CAMINHOS DA CIÊNCIA .....	77
3.1 - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE A PARTIR DA HISTÓRIA DA MEDICINA .....	77
3.2 - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE A PARTIR DO ENFOQUE PSICANALÍTICO .....	101
3.3 - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE A PARTIR DO ENFOQUE SOCIAL .....	117
4 - DA PERDA DO HALO À PERDA DO ROSTO: A ARTICULAÇÃO ENTRE A OBJETIVIDADE DA CIÊN- CIA E A SUBJETIVIDADE DOS ATORES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE .....	132
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	157
6 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	163

"... tudo que era sagrado é profanado."

(MARX, K. & ENGELS, F. - Manifesto do Partido Comunista)

"... a burguesia despiu todas as atividades até então consideradas honradas e encaradas com reverencioso respeito, converteu o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem da Ciência em seus trabalhadores assalariados."

(MARX, K. & ENGELS, F.- Manifesto do Partido Comunista)

INTRODUÇÃO

## 1 - INTRODUÇÃO

Trabalhar num hospital nos faz defrontar com situações o mais complexas possível: é o contato com uma cena agressiva. A cena do sofrimento, da dor, da angústia, da morte.

Várias são as questões que emergem dessa situação, várias as dificuldades, vários os obstáculos, levando os atores dessa cena a depararem com momentos extremamente tensos, ansiogênicos, confusos e críticos.

Foi a partir dessa experiência, desse dia-a-dia de trabalho, de contato direto e permanente com os médicos e com os pacientes que observei o manifestar de uma crise na relação médico-paciente, ora explicitada, ora velada.

A constatação dessa crise motivou-me, por um lado, a investigar as questões que perpassam tal relação, gerando dificuldade, desencontros, descaminhos, obstáculos, enfim, na dinâmica dessa relação.

Por outro lado, essa constatação passou a representar, a cada momento, um desafio para o trabalho que, como psicóloga, desenvolvo num unidade de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, pois tanto médico como paciente revelam a impossibilidade de uma relação satisfatória,

10.  
menos tensa e frustrante. Várias são as explicações dadas a essas questões, seja pelos médicos, seja pelos pacientes.

Esse cotidiano constituiu, pois, uma fonte de motivação que gerou o presente estudo.

Entretanto, como traçar caminhos que possibilitassem captar a essência ocultada e revelada nesse dia-a-dia?

A própria experiência em si, se, de um lado, revelava inúmeras facetas, de outro lado, ocultava outras.

O caminho que escolhi para trilhar foi o de produzir um reencontro com os atores dessa cena, desde um outro lugar, desde uma outra escuta, desde um outro olhar, o qual me possibilitassem divisar as sombras e, através delas, vislumbrar a realidade original que nelas se projetava.

### 1.1 - Considerações Gerais

A entrevista<sup>1</sup> com médicos e com pacientes constituiu um primeiro instrumento dessa investigação. Dela não participaram os pacientes internados na Unidade de Enfermaria, pois em geral, os mesmos estão mais debilitados, mais fragilizados e tensos, tendo, no seu dia-a-dia, os mais variados contatos com as mais variadas pessoas.

Assim sendo, o entrevistador poderia ser percebido como mais um intruso em sua intimidade, já tão devassada.

Dessa forma, busquei entrevistar os pacientes atendidos no Setor Ambulatorial do Hospital das Clínicas, anexo BIAS Fortes, bem como os médicos que atendem também naquele setor.

A Unidade Ambulatorial presta serviços de saúde passíveis de atenção em regime externo e integral, a seu objetivo assistencial, o ensino e a pesquisa.

1 - Foram realizadas sessenta e cinco entrevistas com médicos e cento e cinco com pacientes. Escolhidos aleatoriamente. As questões propostas foram: Quais os principais aspectos da relação médico-paciente? Quais os principais problemas da relação médico-paciente? Quais as alternativas para esses problemas?

As respostas foram gravadas ou transcritas durante as entrevistas e o entrevistador não interferiu nem orientou as mesmas.

*"A clientela assistida é representativa da demanda global dos serviços de saúde, em termos econômicos, sociais, profissionais e nosológicos."*

No anexo Bias Fortes, são prestados serviços ligados à Medicina Geral de Adultos e a uma parte da Medicina Geral de Crianças.

## 1.2 - Universo e Particularidades da Pesquisa

Nesta modalidade de investigação, esperava, primeiro, captar a experiência vivida pelos pacientes, depois a experiência vivida pelos médicos e, finalmente, a análise que ambos faziam dessa experiência, desse cotidiano.

Assim, poderia descobrir novos caminhos que me possibilitassem compreender a natureza do problema a partir do próprio sentimento dos que nele estivessem envolvidos.

Havia uma expectativa preliminar: encontrar, no discurso dos pacientes, o nível do senso comum, a constatação de problemas, enquanto, no discurso dos médicos, deveria encontrar respostas que me pudessem encaminhar a algum tipo de alternativa para as questões da relação médico-paciente.

Supreendentemente, deparei com uma profunda semelhança nos discursos: tanto os pacientes como os médicos falam da relação de maneira bastante semelhante.

A análise por parte dos médicos não passava, também, do nível do senso comum, apesar de ser um discurso bem mais elaborado, bem mais sofisticado. Os próprios médicos reproduzem, em seus discursos, uma espécie de cultura histórica, impregnada na cabeça de todos, já que, como o senso comum, ela se manifesta no mesmo nível dos próprios pacientes.

Isso posto, cumpria retomar o percurso da análise.

Se, por um lado, as entrevistas revelavam uma experiência vivida importante e rica, por outro lado, elas pouco contribuíam para a compreensão do problema. Entretanto, esse material não podia ser desprezado, pois nele está explicitado o nível de denúncia a respeito dos problemas dessa tensa e até - quem sabe - deformada, estragada relação.

### 1.3 - Estrutura do Trabalho: Algumas Questões Preliminares

No primeiro capítulo, procurei acentuar os problemas revelados nas entrevistas, bem como apontar, nas lacunas dos discursos, o que eles ocultavam.

Uma diferença surge, com muita evidência, nessas entrevistas. Enquanto o paciente fala de si, de sua dor, de seu sofrimento, o médico fala a respeito da doença, ele fala sobre a doença. Nesse sentido, o discurso do médico e o discurso do paciente revelam a impossibilidade de uma identidade semântica; as falas não são realmente iguais. Se, por um lado, o paciente fala de sua dor, por outro lado, o médico fala sobre a dor.

Esse discurso, portanto, torna-se revelador de muitas questões, ao mesmo tempo em que oculta outras tantas, conquanto não se possa afirmar a existência de intencionalidade nesse ocultamento. Há toda uma cultura por detrás desses atores que necessita ser perseguida, ser analisada.

Julgou-se então necessário investigar as tradições culturais que assinalam as concepções de saúde, doença e cura em nível social, captadas nos relatos dos médicos e dos pacientes.

Tornou-se necessário buscar a compreensão dessa questões para além dos discursos dos médicos e dos pacientes.

Para tanto, no segundo capítulo desse trabalho, percorri análises já realizadas no âmbito de outras ciências, como a Psicanálise e a História da Medicina, bem como busquei verificar se os problemas não resultavam das relações capitalistas de produção, da divisão social e técnica do trabalho, das relações de assalariamento do profissional médico. E, por último, igualmente julguei necessário investigar as tradições culturais que assinalam as concepções de saúde, doença e cura, no nível da sociedade e que são retratadas na linguagem dos atores.

Também essas análises se mostraram insuficientes, pois abordam aspectos parciais dos problemas da relação médico-paciente. Além disso mostram-se falsas, porque não há consciência dessa parcialidade, já que, frequentemente, são erigidas como totalidade.

Esses discursos, embora nos possibilitem uma leitura desde um outro lugar, para além do senso comum, não esgotam as questões que emergem na relação focalizada neste trabalho.

Tornou-se necessária uma outra leitura, que, partindo das questões ligadas à novas relações no âmbito da própria modernidade, pudesse contribuir para outras análises das questões da relação médico-paciente.

Assim, no terceiro capítulo trabalhei em direção a essa outra dimensão, as exigências da modernidade. Entretanto, isso não significou desprezar os conhecimentos contidos na abordagem de

natureza psicanalítica, econômica, social, cultural e histórica. Significou, isso sim, incorporar tais conhecimentos e avançar para novas possibilidades. De que natureza? é possível verificar que, na crise da relação médico-paciente, há um componente que não se deixa captar de maneira objetiva: a perda da identidade e da subjetividade.

O avanço da Ciência, sua pretensa objetividade, demarcada pela presença da automação e da tecnologia; a objetivação da descrição da doença pela sua institucionalização; a perda dos homens que identificam os sujeitos pelas sua inserção numa identidade abstrata (o cardiologista, o cardiopata, o clínico, o psicólogo, o aidético, o ... ou uma numeração, um registro, etc.); tais aspectos concorrem para essa crise já que os indivíduos - médico e paciente - se sentem como que deslocados de si mesmos.

Tanto médico como paciente vivem essa perda da subjetividade, entretanto, mantém uma visão-de-mundo referida a um quadro cultural que já não existe. Os mesmos estão referendados num quadro cultural de relações subjetivas; de uma utilização da Ciência como instrumento que possibilite a resolução de problemas colocados em nível individual, de uma crença de ser o médico um indivíduo capaz de cuidar do homem e resgatar a harmonia desse consigo mesmo. Entretanto, na modernidade, as questões não parecem ser colocadas nessa direção.

Os indivíduos se tornaram, hoje, componentes de uma racionalidade maior, tornaram-se componentes de uma determinada máquina, de um determinado equipamento, de um determinado processo produtivo, por tanto, perderam muito de sua subjetividade, perderam a possibilidade de interferir, como indivíduos, nesse curso de relações.

Assim, quando o médico e o paciente se defrontam numa relação, deparam com essa perda, mas em consequência de toda uma tradição histórico-cultural, estão impedidos de perceber essa nova realidade.

O presente trabalho consistiu numa tentativa de trazer à luz a necessidade de novas investigações, para que os problemas da relação médico-paciente possam ser esclarecidos.

Ele traz, portanto, as marcas de novas inquietações e de novas questões. Por isso, não se pode considerar como algo terminado, acabado, pronto. Com ele procurei, de um lado, organizar o conhecimento existente. De outro lado, apontar para novas possibilidades de investigação. Como objetivo mais imediato, contribuir para a discussão, no âmbito de meu trabalho na Faculdade de Medicina, de um problema que inquieta a todos os profissionais da área.

O DISCURSO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:

A FALA DENUNCIADORA

## 2 - O DISCURSO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A FALA DENUNCIADORA

A doença em presença assinala a ausência de saúde<sup>3</sup>, desvelando o insólito da dor, do sofrimento, dos traumatismos que geram descontinuidades e marcas na história do indivíduo, o qual, ao adoecer, está também diante do espectro da morte.

Em face da dor, do sofrimento, e da doença, todos visam os mesmos objetivos: o desejo de se manterem vivos, se realizarem, de conservarem intacta a identidade, bem como o desejo de defender-se contra tudo o que ameça esses propósitos. Quando o doente busca esses objetivos, na tentativa de reduzir a intensidade do sofrimento gerado pela doença, entra em cena o médico, o qual se torna depositário da função de restaurar, ou instaurar, a continuidade da vida, ameaçada pela doença.

Dessa forma, a doença torna-se a ponte privilegiada que propicia uma ligação, uma relação entre o doente e o médico, pois é a doença que leva o paciente a procurar ajuda médica.

3 - De acordo com o *Manual de Resoluções e Decisões da Assembleia Mundial de Saúde e do Conselho Executivo* (Genebra, 1987 - 1a. edição - p.1 e 2), "Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades" caso um desses elementos esteja ausente, depreende-se a doença.

Assim sendo, na relação médico-paciente, o que se apresenta como fenômeno é a expectativa da cura daquele que se diz doente diante daquele que se diz saber sobre a doença - o médico.

Essa expectativa de cura que se dá na relação médico-paciente é atravessada por uma série de questões, de dificuldades, as quais têm gerado muitos desencontros, muitos conflitos, muitas angústias nos atores dessa relação, ou seja, no médico e no paciente que, para se defenderem de uma fragmentação nessa relação, tentam explicar essas questões pela experiência imediata, pelo imediatamente vivido na relação sob certos ângulos e aspectos.

Médicos e pacientes representam o modo como a realidade da relação lhes aparece na experiência imediata, carregada ou penetrada de idéias que estão no ambiente cotidiano e que nele flutuam, de forma fluida, difusa, assumindo um caráter natural. Dessa forma, as coisas passam a existir como um "em si e por si", deixando de ser percebida a sua existência mesma; existem por sua significação prática. A medida que satisfazem necessidades imediatas da vida cotidiana, são desvinculadas do processo real, que determina sua produção.

Os discursos do médico e do paciente, no que se referem aos aspectos mais importantes da relação, aos principais problemas e às alternativas de solução dos mesmos, apresentam-se como uma interpretação dessa relação a partir de suas experiências e

necessidades concretas como médico, se considerarmos o discurso do médico, e como paciente, se considerarmos o discurso do paciente.

Assim, na busca de compreensão das principais questões que emergem na relação médico-paciente, priorizei o discurso médico e do paciente, uma vez que os mesmos constituem os pólos básicos na relação, representando sua linguagem um instrumento de expressão das experiências vividas e da realidade vivida na relação.

Ao falarem, médico e paciente falam a relação, bem como o entendimento que ambos têm da mesma, a partir da experiência concreta e da representação que tecem dessa relação.

Como a fala constitui um instrumento que denuncia as questões que perpassam a relação médico-paciente, vamos apreender, através do discurso, o que os atores da mesma dizem dessa cena.

## 2.1 - O Revelado e o Ocultado: Um Olhar Pelos Discursos dos Médicos e dos Pacientes

Ao traçarmos as linhas de reflexão deste trabalho, utilizei os dados obtidos em entrevistas, tendo como preocupação básica a não descaracterização da fala, quer seja do médico, quer seja do paciente, pois tanto o discurso de um como o do outro constituem uma projeção de determinadas condições, que revelam a percepção dos mesmos sobre a relação.

Na tentativa de explicarem as principais questões da relação, os problemas e as alternativas para os mesmos, médicos e pacientes tecem considerações a respeito da relação priorizando os aspectos emocionais em determinados momentos, noutros momentos priorizam os determinantes econômicos, há momentos em que dizem ser a relação de natureza cultural, ou, ainda, interpretam a mesma em função da herança histórico-cultural que definem os papéis do médico e do paciente na relação.

Em nenhum momento determinada leitura foi priorizada em detrimento da outra. Médicos e pacientes consideram tanto os aspectos emocionais quanto os econômicos, culturais e históricos como importantes na relação.

Nenhum desses aspectos foi referido como sendo mais relevante que o outro.

Médicos e pacientes se referiram ao aspecto psicológico, considerando que as questões emocionais surgem na relação como um fator importante, porém não explicam por eles mesmos, os problemas que surgem em sua dinâmica.

A empatia é, desde o discurso dos médicos, considerada como um dos fatores relevantes na relação. Os mesmos afirmam a necessidade de se

*"ter habilidade para entrar no lugar do doente, bem como a necessidade de se ter capacidade para penetrar no mundo do paciente e sentir o que o mesmo está sentindo, sabendo eleger as palavras que o paciente necessita ouvir para a formação de um vínculo afetivo."*

Enfatizam igualmente que, através da

*"empatia, o médico pode assimilar a doença do paciente e mostrar-lhe que seu sofrimento está sendo entendido e que esse sofrimento poderá ser diminuído ... Esta identificação temporária e parcial com o doente possibilita a compreensão*

*das questões que emergem desse outro, sendo um dos aspectos fundamentais na relação médico-paciente."*

A necessidade de se estar preparado emocionalmente para o desempenho dessa tarefa fica apontada como um dos aspectos importantes, pois:

*"O médico está exposto a muitas situações difíceis. Há prognósticos sombrios, métodos terapêuticos agressivos, doenças crônicas e doenças mortais que trazem dificuldades na relação. Quando se está preparado emocionalmente, pode-se lidar com essas situações de forma mais favorável".*

Os médicos e os paciente referiram a afetividade, a capacidade de compreensão, o interesse como os fatores importantes para a formação de um vínculo entre uns e outros, considerando esses fatores como facilitadores da relação, o que possibilita uma assistência ao paciente em suas particularidades.

Assim como esses aspectos surgem como importantes na relação, as dificuldades emocionais nela são referidas como geradores de entraves. Os pacientes sobretudo, revelam que

*"a falta de paciência do médico em ouvir, em examinar direitinho o doente, a indiferença e a frieza durante o atendimento são devidas aos problemas pessoais do médico".*

Esses problemas são percebidos pelos pacientes, como determinantes de conflitos na relação. A alternativa referida pelos pacientes para essa situação diz respeito à

*"possibilidade de se criar uma equipe de profissionais especializados para tratar dos médicos insatisfeitos e com problemas, o que seria uma forma de tornar os atendimentos mais tranquilos, revertendo numa melhor assistência pra gente".*

Por outro lado, os médicos sugerem que as dificuldades emocionais sejam consideradas em função da transferência e da contratransferência:

*"O afastamento ou a aproximação excessiva do paciente em relação ao médico e do médico em relação ao paciente surgem na relação em função da transferência negativa ou positiva e da contratransferência, podendo causar problemas na relação".*

Muito embora tais conceitos (transferência e contratransferência) não sejam próprios do discurso médico, e sim do psicanalítico, são mencionados pelos médicos como importantes para melhor compreensão das dificuldades que ocorrem na relação. Observa-se, através dessa colocação, que os médicos buscam esses conceitos na teoria psicanalítica para nomear certos níveis de dificuldade na relação, que não têm espaço nesse discurso. Afirmam os médicos:

*"Todo médico tem de ser um bom psicólogo".*

Esse discurso denuncia a insuficiência do discurso médico diante de outros níveis de exigência revelados pelos pacientes, os quais, entretanto, extrapolam o saber médico. Os médicos tentam incorporar, articular outros saberes ao saber médico, para um maior alcance, uma maior compreensão das questões que emergem desse outro - o paciente - de tal forma a assegurar um manejo mais eficaz, que lhes possibilite impor os ditames, as leis e os ideais da ordem médica. Essa articulação revela uma busca de redução das desordens que vão além do soma, para integrá-las em sua ordem, assegurando a manutenção do saber médico e solidificando sua legitimidade através do conhecimento. Assim, o médico ocupa o lugar daquele que tudo conhece, tudo sabe. É curioso como determinados jogos utilizados nas brincadeiras infantis, que remetem as situações da cena médica, nomeiam os médicos como o *"doutor sabe-tudo"*, o *"doutor cura tudo"*. Desde as brincadeiras infantis, a ação médica vai se configurando como algo totalitário, que exclui, portanto, o não saber, que exclui qualquer dúvida ou qualquer divergência.

Cabe assinalar que o discurso psicológico é antes o avesso do discurso médico, uma vez que este está calcado numa pretensa objetividade científica, que abole a subjetividade, criando um obstáculo para emergência do outro sujeito, do outro desejo.

A afetividade, a compreensão, o interesse, muito embora constituam uma exigência apontada pelos médicos e pacientes como aspectos relevantes na relação, constituem, igualmente dificuldades e problemas nessa relação. Médicos e pacientes referiram a falta de afetividade, de delicadeza, de compreensão e o desinteresse como problemas relevantes na relação.

Assim sendo, todas as questões que dizem respeito ao sujeito, ao sentir enquanto sujeito, ao mesmo tempo em que são buscadas na relação, são também negadas. À medida que médico e paciente se confrontam, encontram-se, o que surge é uma relação de natureza racional, científica, objetiva, na qual o que emerge é a doença destituída do doente, e tal objetividade destitui o sujeito médico e o sujeito paciente de sua identidade pessoal, de sua subjetividade. Daí os pacientes se referirem aos médicos como "*pessoas frias e desinteressadas*".

Esse olhar do paciente ao médico espelha para este, a necessidade do ressurgir, do renascer da afetividade. Entretanto ele vê tolhida sua afetividade, diante das exigências e dos ditames da ciência médica.

O médico não pode chorar, não pode sentir angústia diante da dor, do sofrer do paciente; o médico não pode ter medo diante de um paciente moribundo, o médico não pode ficar aflito diante do sangue. Ao médico se impõe "*ser frio*", ser destituído do

sentir, da subjetividade, caso contrário é colocado como aquele que não possui vocação médica. Assim, os pacientes dizem:

*"Os médicos têm que nascer para ser médicos."*

Com essa afirmativa, tentam assegurar que os médicos tenham uma postura médica diante de seu adoecer, colocando como exigência o "Ter" antes do "Ser", o dever de ser médico, abolindo o ser que sente, o ser que sofre, o ser que partilha.

Esta exigência esfumaça o Ser, incinera o Ser.

Assim colocada na relação, o médico torna-se destituído da sua subjetividade. Por mais que os pacientes possam sugerir que os médicos indiferentes sejam tratados por uma equipe de profissionais capazes de suprimir essa pretensa indiferença, o médico não pode abrir mão dela. Caso o médico sinta como o paciente, ele deixa de ser médico. Se o médico se angustiar, ficar deprimido, sofrer como o paciente, torna-se impossibilitado de ser médico; ele não pode partilhar do sofrimento do doente.

Torna-se necessário esse distanciamento: o olhar do médico é um olhar mediado pela Ciência, seu toque não deve produzir hestesia, o médico não vê o paciente, ele deve ver a doença, logo, o paciente é descarnado, é transparente. O doente torna-se o anônimo terreno em que se instala a doença, e o médico,

por outro lado torna-se o anônimo representante do discurso médico.

Ao médico interessa a doença, para extirpá-la; ao paciente, um médico capaz de extirpar esse mal que habita seu ser.

Nessa dimensão, a relação traz as marcas do anônimo.

Da mesma forma que esses aspectos emocionais foram referidos, assim também o foram os aspectos sociais. Tanto médico como paciente denunciaram, em seus discursos, as condições de trabalho e as políticas de saúde como geradoras de dificuldades na relação.

Os médicos se dizem impacientes com os doentes, devido ao excesso de pessoas a serem atendidas e à burocracia dos serviços de saúde. Essas questões também se tornam perturbadoras e determinantes da relação, uma vez que as mesmas determinam um atendimento rápido do paciente.

Essa afirmação surpreendente, relativa às condições de trabalho que resultam em atendimento rápido, foi mencionada e retratada a situação. Veja se, por exemplo, o testemunho de um médico:

"Muitas vezes, o médico exclui do consultório as cadeiras que serviriam para o paciente se sentar, para que não haja perda de tempo (tempo gasto pelo

*paciente em se assentar, se ajeitar), pois o médico tem que atender um número excessivo de pacientes num tempo limitado".*

Diante dessa afirmativa, tornam-se compreensíveis as queixas dos pacientes, que dizem:

*"Os médicos atendem a gente na maior correria; às vezes passam a receita sem examinar direito. Muitas vezes nem olham a cor da gente. Não sabem se a gente é preto ou branco, dão a receita assim mesmo, ou mandam a gente procurar outro médico".*

Muito embora a questão tempo seja denunciada pelos médicos e pacientes de forma muito presente, muito explicitada, somente os pacientes se referiram a questão salarial como um dos fatores básicos na relação, bem como um dos fatores geradores de dificuldade na relação médico-paciente.

Ora, a questão disponibilidade de tempo não pode ser desvinculada da questão salarial. O médico não tem tempo suficiente para cada paciente, porque necessita atender em vários

locais, para assegurar sua sobrevivência. Esse prolongamento da jornada de trabalho decorre da remuneração insuficiente, ou seja, do achatamento salarial que ele vem sofrendo; por outro lado a função social desempenhada pelo médico e o seu papel no desenvolvimento e conservação das forças produtivas também colaboram para essa situação.

Diante dessas condições de trabalho, o médico necessita trabalhar em vários locais, para assegurar um salário que lhe possibilite suprir determinadas necessidades: alimentação, moradia, lazer, etc., ou seja, assegurar a reprodução das condições de existência. Entretanto, essas não são as únicas necessidades a serem supridas. O trabalho médico traz, como exigência, o estudo constante; então o médico necessita comprar livros, participar de congressos, comprar aparelhos, ou seja, o médico está também diante das exigências técnicas de seu trabalho. Assim, para responder a essas exigências, tem de trabalhar em vários locais, atendendo mais rapidamente ao paciente, pois, nessas condições, o número de pacientes a serem recebidos aumenta consideravelmente.

Entretanto, a questão salarial, por mais importante que seja, não foi tratada pelos médicos como um aspecto importante da relação médico-paciente. Os médicos só se referem à questão "disponibilidade de tempo", como se, para viver, prescindissem daquilo de que todos necessitam, ou seja, assegurar a reprodução

das condições de existência, acrescidas das exigências técnicas de seu trabalho; os médicos não explicitam essas necessidades.

Há que esclarecer as razões que os levam a mistificarem essa relação, ou seja, suas relações com suas necessidades vitais, através da mistificação de sua ação enquanto médicos. O médico, dessa forma, dissolve sua relação de indivíduo colocada em relações de sobrevivência.

Nessa dimensão, os médicos se mostram destituídos das necessidades básicas, ou seja, não precisam de comer, nem dormir, não precisam de lazer, habitação, vestuário, livros, etc.. Põem assim, acima dos mortais, na condição de místicos.

Muito embora essas questões não tenham sido explicitadas pelos médicos, como um dos fatores importantes na relação, nem como problema, os mesmos consideram, paradoxalmente, que uma remuneração melhor poderia ser uma das alternativas da relação.

Diante dessa consideração, torna-se claro que a questão salarial fica ocultada na questão disponibilidade de tempo.

Quanto aos pacientes, a questão da remuneração é claramente explicitada. Eles se referem a essa questão como constituindo um aspecto importante da relação, bem como um problema:

*"Pagar ao médico é muito importante na relação. Se a pessoa está pagando ao*

médico pela consulta, o atendimento que o médico dá é diferente. O médico fica mais interessado, a consulta é mais demorada, ele fica com mais paciência. Se a consulta é pelo INPS<sup>4</sup>, o atendimento é outro. O médico atende como se estivesse fazendo favor de atender. Então, pagar ao médico é um fator importante na relação médico-paciente. Hoje em dia o médico está ganhando pouco e é preciso ganhar para viver. O governo deveria ajudar os médicos, pagando bom salário, assim eles se interessariam mais por seu trabalho".

Quando os pacientes se referem à questão salarial, consideram-na como básica: "é preciso ganhar para viver". - ou seja, é preciso ter dinheiro para assegurar o viver; para assegurar a alimentação, a moradia, o vestir, etc..

Essas necessidades básicas são básicas para o homem, portanto, quando os pacientes explicitam a importância do salário

4 - INPS - Denominação dada pelos pacientes ao INAMPS. A sigla INPS se refere ao "Instituto Nacional de Previdência Social", autarquia responsável pelos benefícios em dinheiro, aposentadoria, pensões, auxílios, enquanto INPS se refere ao "Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social", autarquia com a responsabilidade de prestação de serviços de saúde.

para viver, revelam que têm necessidades da ordem do humano. Nas entrevistas, eles se nomeiam, a priori, como "a gente"<sup>5</sup>: - a gente que está doente, que sofre dor, que necessita ser cuidada, a gente que sofre limitações, a gente que sente desejos. A gente que vive relações bem concretas, relações objetivas. A gente que é da ordem do humano.

Enquanto os pacientes explicitam que fazem parte da ordem humana, os médicos tentam colocar-se numa outra ordem, para além do humano. O médico dissolve as relações concretas. O médico não fala de suas frustrações, de seus desejos, não fala de suas necessidades, ele nem sequer enfrenta a questão do salário, do pagamento pelo seu trabalho. O médico dissolve, essas relações materiais, essas relações concretas, como se ele não tivesse necessidades dessa ordem. Em suma, tenta ocultar que faz parte da ordem humana. Ora, quando o médico tenta dissolver essas relações, ele está diante da concepção tradicional do ser médico, isso é, a profissão sagrada. Nessa dimensão, ele se coloca acima da dor humana, e por tanto, acima das necessidades humanas: está conservando uma visão mistificadora do que é ser médico.

Entretanto, há também momentos em que ele revela uma profunda insatisfação com seu trabalho, pois se vê obrigado a trabalhar demais, em vários serviços de saúde.

5 - "A gente" - forma pela qual os pacientes se nomeiam nas entrevistas, contrapondo-a ao eu, forma pela qual os médicos se nomeiam nas mesmas.

Um conflito se instala. Se, por um lado o médico está inserido numa ordem que exige dele ganhar dinheiro para sobreviver, pois o mesmo é um trabalhador da área de saúde<sup>6</sup>, e, enquanto tal, necessita ganhar dinheiro, ter horário de trabalho, descansar, e estudar, pois também tem dúvidas, por outro lado, ele carrega uma concepção de que, enquanto médico, exerce uma função superior a essas questões do dia-a-dia. Assim, o médico está diante de um profundo descompasso; enquanto os determinantes econômicos os defrontam com a necessidade do trabalho para sobreviver, ele tenta ocultar essa situação, colocando-se como aquele que tem uma função superior na sociedade.

Quando as consultas são realizadas em consultórios particulares, o pagamento é realizado através da secretária, sob a forma de honorários. Os termos pagamento, preço, dinheiro são abolidos, sendo substituídos por honorários, termo que se refere a algo honroso.

Outra forma de ler a relação, referida pelos médicos e pacientes, diz respeito à forma como interpretam a doença e a prática médica, em função da herança histórico-cultural que definiu o papel dos atores dessa relação.

6 - Os médicos não demonstram consciência de que estão inserido num modo de produção que os assalaria. Nesse modo de produção (capitalista), as condições de trabalho, sua finalidade e seu valor dependem dos proprietários das condições de trabalho: ora o industrial, ora o empresário, ora o Estado, que estabelecem os valores para sua força de trabalho, e não para o trabalho em si.

Vida e morte são questões muito misteriosa que se impõem ao homem. Assim, quando se está diante de uma doença, o medo poderá surgir como uma grande força, pois o espectro da morte passa a rondar a vida. Esse medo, advindo dessas situações, transforma-se numa força motriz que gera uma impiedosa exigência de segurança diante da confusão, da desordem causada pela doença.

Assim, o enfermo busca o médico e, ao buscá-lo, busca a instauração do equilíbrio ameaçado pela doença, bem como a restauração da saúde.

Essa relação, assim fundada, estabelece a priori uma assimetria. O médico, o expert, que sabe tratar da doença; o mago, aquele que tem as fórmulas para extirpar o mal; aquele que tem a pílula da vida, da saúde. O paciente, aquele que necessita confiar, acreditar, ter fé no tratamento, no médico, para curar-se, para ter garantida a restauração da saúde. Nessa concepção, aquele que tiver fé, que confiar, "esse terá a salvação" - viverá.

A respeito da confiança, eis o que revelam os médicos:

*"A confiança é um aspecto muito importante na relação médico-paciente. O médico deve inspirar confiança no seu paciente. Para que o paciente tenha confiança, é preciso que o médico tenha paciência em ouvir e interpretar os*

problemas do paciente, bem como tenha uma boa base clínica, para resolver os problemas do doente.

A confiança que surge na relação engloba a postura, a forma de o médico se apresentar ao doente bem como o modo de abordar o mesmo.

O médico deve fazer com que o paciente tenha inteira confiança nele. O médico tem que vender a imagem da segurança e ser modelo, ou seja, o médico precisa se mostrar confiante, para, que o paciente possa ter confiança. O médico necessita mostrar ao paciente que confia em si mesmo, e que não há nenhuma emergência para a qual o mesmo não esteja preparado.

A segurança do médico, bem como sua consciência profissional possibilitam esse clima de confiança.

O fundamental na relação médico paciente é o médico transmitir confiança ao paciente. O doente precisa confiar no trabalho médico. Caso o paciente não

tenha confiança no médico, o tratamento torna-se prejudicado.

Para o paciente adquirir confiança no médico, o médico deve estar psicologicamente preparado para qualquer emergência".

E os pacientes revelam, acerca da confiança:

"O médico deve dar condições à gente de confiar em sua pessoa. A chave para o sucesso do tratamento é a confiança. Para se ter confiança é necessário um exame médico bem direitinho. A gente só pode confiar, quando o médico é capaz de descobrir as coisas, descobrir o mal das pessoas com aparelhos, só assim a gente realmente pode acreditar naquilo que o médico está dizendo. Tem médico por aí que você chega para consultar e ele pergunta: - O que é que você tem? A gente responde; e ele não coloca nenhum aparelho na gente. Dá a receita. Como confiar nesse médicos?"

Tanto os médicos como os pacientes revelam a necessidade da confiança. Entretanto, ao revelarem essa necessidade, ocultam uma dimensão simbólica que se traduz em todo ato médico. Ambos colocam, como exigência máxima, a confiança.

Os médicos, para serem dignos de confiança, necessitam ter uma postura, uma forma especial de se apresentar ao doente. E, ao erigir determinada postura frente ao doente, eles erigem certos padrões de comportamento, revestidos de diversos significados secundários. O médico é aquele que sempre se apresenta de branco. Apesar de existir uma razão para esse branco, no que diz respeito ao rigor da assepsia cientificamente comprovada e necessária, esse branco traz outras implicações. É o branco dos sem mácula, dos puros. É o branco da limpeza de alma e de caráter. É o branco da Virgem que cobre e acalenta todo o sofrimento dos pecadores. Assim, esse apresentar-se trajando de branco, que é um ato simples e tem justificativas eminentemente práticas, vai adquirindo um valor simbólico tão extraordinário que passa a ocultar o seu significado natural.

Para o paciente confiar no médico, este precisa de manter uma postura de médico, ou seja, uma forma de ser, de agir. Roupas, aparelhos, conhecimentos médicos, etc., tudo isso compõe essa postura.

No que se refere ao conhecimento, este reveste a aura de um conhecimento maior, pois diz respeito à vida e à morte. Daí ocupar o lugar de algo superior, de algo que é total, onipotente, muito próximo do mágico.

Para que o paciente confie no médico, este necessita "vender" a imagem da confiança, ou seja, precisa manter uma aparência de confiável, genuíno, legítimo. Nessa dimensão, ele se torna destituído de sua condição de Homem. Para ser médico, ele não pode ser homem, não pode sentir, não pode desejar, não pode ter raiva. É diante dessa postura, dessa imagem de "ser médico" que o paciente pode confiar. É diante dessas condições que o paciente poderá despir-se, desnudar-se. É diante dessas condições que o paciente poderá entregar seu corpo, única morada de seu Ser. Para tanto, o médico necessita apresentar-se sem mácula, e até mesmo sem desejo.

Não tendo a explicação das razões, até mesmo científicas, que levam os médicos a ter determinadas posturas, determinadas condutas, determinados gestos, os atos médicos vão assumindo um outro significado. Lavar a mão para tirar as "sujeiras", e todos os pormenores que acompanham esse gesto, atos simples e necessários quando se lida com os doentes, tornam-se carregados de significações, transformando-se em ritos.

Assim, todas técnicas de tratamento tomam forma de um ensaio disciplinado de atitudes certas, com determinada

significação, ritual que se desenrola diante do doente, dando ao mesmo uma orientação definida e segura, em meio às forças malévolas e estarrecedoras da doença.

Os sucessivos atos médicos, a postura médica nessa foram de explicar a relação, marcam os estágios do tratamento e definem o final da doença: cura ou morte, de foram eminentemente mágica.

Instauram-se, assim, determinados dogmas de fé, o que tem por efeito transformar a vida do enfermo. Daí a necessidade da receita, apontada pelos pacientes como um aspecto importante da relação:

*"A receita é como um guia, a gente lê e fica sabendo o que fazer, como fazer e quando fazer. Se a gente vai ao médico, o médico tem que dar uma receita; afinal o doente precisa da receita para saber tomar os remédios direitinho. A receita precisa ser dada com atenção. O médico só deveria dar uma receita depois de ter examinado tudo na gente, caso contrário, poderá receitar um remédio errado. Isso vai atrapalhar o doente, piora a doença e o doente perde a confiança no médico".*

Nessa enunciação, todo um ritual é desvelado. Determinados atos precisam ser seguidos, determinados comportamentos precisam ser formalizados na presença da receita, que se investe de um caráter sagrado, pois a receita está no lugar da palavra do médico.

Confirmam os pacientes:

*"Quando o médico chega é a mesma coisa de estar chegando um deus. Os médicos são os deuses da Terra."*

Diante da ausência desses deuses, há de se ter a confirmação de sua presença - a receita - que se torna um prolongamento dos mesmos frente aos paciente, como o livro de rezas sagrados, assumindo o caráter de guia espiritual.

Entretanto, se o paciente se rebelar, desobedecer as prescrições médicas e não seguir o ritual proposto, essa relação se vê ameaçada.

Veja-se, a esse propósito, o que dizem os médicos:

*"Há muitos pacientes rebeldes, que não aceitam o tratamento, assim sendo, o relacionamento pode se desgastar. existem situações nas quais o paciente*

não acredita no médico e sabota o tratamento, responsabilizando o médico pelo insucesso do tratamento. Isso gera, no médico, um comportamento agressivo. Porém o médico sempre tem um poder sobre o paciente. E isso é reforçado durante o tratamento, pois o médico ordena o que o paciente deve fazer, como se pudesse decidir sobre a vida do paciente. Não é dada a este a possibilidade de optar ou de interferir no tratamento. Caso haja a desobediência das normas, o paciente fica na posição de infrator, enquanto, por outro lado, o médico fica na posição do "sabe-tudo". Muitas vezes, os pacientes negam a doença e não seguem a prescrição. Isso se relaciona às dificuldades que o mesmo tem em admitir a doença. Entretanto, há situações nas quais os pacientes não seguem a prescrição devido a características próprias de sua personalidade, como, por exemplo, falta de persistência. Assim sendo, a relação pode desgastar-se, pois

o médico se sente com o "orgulho ferido", ao perceber que suas ordens não foram atendidas".

E o que dizem os pacientes:

"As coisas que o médico fala deve ser seguidas, mas não poderá haver abusos, nem por parte do médico, nem por parte do doente. Algumas pessoas abusam dos médicos, criando casos, dificultando as coisas que os médicos querem, não tomando os remédios receitados. Às vezes, até tomam os medicamentos, mas quando querem, na hora que querem. Muitos medicamentos precisam ser tomados na forma como o médico receita, para fazer efeito. Se a gente não segue a orientação do médico, o tratamento torna-se difícil. Nesse caso, o médico perde a paciência com a gente, e com razão, por outro lado, os médicos não podem abusar da gente, pedindo um tantão de exames. A gente fica daqui pra lá,

sem ter idéia do porquê de tantos exames".

O discurso tanto do médico como do paciente revela que nessa relação, o paciente tem de aderir à ordem médica, tendo por certo ou verdadeiro aquilo que é enunciado pelo médico. As ordens médicas, nessa dimensão, devem ser aceitas como dogmas e como doutrinas, que é preciso cultuar. Essas ordens tornam-se, então, fundamentais e indiscutíveis. Caso o paciente questione a ordem médica ou não tenha persistência em segui-la, a relação poderá romper-se, pois isso causa uma ferida narcísica no médico. Essa postura do paciente desarticula a relação, mudando os atores dessa cena de posição. Diante dessa desarticulação, o médico se vê ameaçado de sair do seu lugar de dono da verdade. Caso o paciente deixe de aderir à ordem médica como dogma de fé, deixa de existir o senhor da verdade absoluta, então, não é necessária uma adesão pessoal a esse deus, pois ele não existe, o médico torna-se um igual. Assim, a cena torna-se impossível, e se desfaz.

Quando médico e paciente se colocam um diante do outro, para falar das doenças, dos problemas, da relação, os mesmos estão lançando mão do simbólico, de um discurso, de uma linguagem simbólica, que é, por tanto, uma linguagem representativa.

Ambos trazem, para essa dimensão simbólica, representativa, as significações que carregam em si. Existe uma

significação comum a ambos, a significação da tradição, a significação do senso comum, que lhes possibilita ter a mesma visão a respeito da dimensão sagrada da medicina. Entretanto, o médico tem outro discurso, que lhe possibilita, inclusive fazer uma certa crítica dessa visão tradicional. Muito embora o médico tenha também um discurso do senso comum - fruto de uma herança cultural comum tanto a si como ao paciente - ele domina esse outro discurso, o discurso médico que lhe possibilita o poder sobre uma outra dimensão da medicina, ou seja, uma dimensão de natureza racionalista. A todo momento, entretanto, o médico revela que ambas as dimensões caminham com ele. Há momentos em que o médico assume o discurso da Ciência, há momento em que assume o discurso do senso comum.

Uma outra questão ressaltada no discurso dos médicos e dos pacientes diz respeito à linguagem como elemento estruturante da relação. Revelam os médicos:

*"A capacidade de comunicar-se adequadamente com o paciente, conforme seu nível cultural, é um aspecto muito importante na relação médico-paciente. Uma boa comunicação com o paciente é muito importante, para formar um vínculo médico-paciente.*

A compatibilidade com relação à linguagem do médico e do paciente aproxima os mesmos. Entretanto, para que haja uma boa comunicação, o médico deve tentar captar o sentido daquilo que o paciente diz, bem como o que o paciente espera do médico. Assim, poderá eleger as palavras para falar com o paciente. O médico deve fazer o paciente falar, dessa forma, o paciente pode sentir-se prestigiado. Muitas vezes as colocações do paciente são importantes para o sucesso do tratamento. Por outro lado, o médico deve explicar por que determinado tratamento está sendo feito, bem como por que estão sendo pedidos determinados exames. O médico deve explicar ao paciente o que está acontecendo com ele".

No discurso médico, não há lugar para o homem; ele não é um discurso sobre o homem, mas é, antes e acima de tudo, um discurso sobre a doença. Os médicos se dirigem à doença, e não ao doente. Quando os médicos anunciam a necessidade de adequar sua

fala à fala do paciente, ou seja, falar de foram similar ao paciente, eles ocultam que o médico fala desde um outro lugar. O médico fala desde um lugar do médico, de acordo com determinadas leis, que lhe são próprias. Esse discurso se sustenta por ser assumido como o discurso científico, objetivo. O mesmo tem todo um vocabulário que lhe é próprio: a existência desse vocabulário específico, especializado e técnico constitui um obstáculo para a relação médico-paciente. Dificilmente médico e paciente têm o mesmo substrato semântico, a mesma forma de nomear aquilo a que se chama doença. Médico e doente só poderão ter a mesma linguagem caso o doente seja o próprio médico. Quando os médicos revelam a necessidade de adequar-se ao nível cultural do paciente, como se somente os pacientes das camadas inferiores da sociedade fossem impedidos de compreender o enunciado pelo discurso médico, eles ocultam o fato de que esse discurso é falado segundo suas leis próprias, tornando-se hermético para qualquer paciente, independente de sua camada social. O mesmo só é falado segundo as leis da cientificidade, e abolem tudo o que aí não se possa inscrever.

A inadequação não se dá só no nível lingüístico, e sim devido à posição de cada um; o médico fala desde seu lugar de médico; por isso, fala o discurso inscrito na literatura médica. O paciente fala desde sua experiência, portanto, fala da experiência que o afeta. Assim sendo, ambos falam de coisas diferentes. Daí a

impossibilidade de se adequar o discurso do médico ao discurso do paciente.

A doença, o sofrimento, os medos, a história de vida dos pacientes podem ser considerados "muitas vezes como colocações importantes para o sucesso do tratamento"; entretanto, somente os fatos que se articulam na lógica do discurso médico são privilegiados.

O deixar o paciente falar, mesmo aquilo que não se articula com a lógica do discurso médico, é revelado pelos médicos como sendo algo que prestigia o paciente.

Falar nessa dimensão é percebido como estar sendo prestigiado, ou seja, falar é algo privilegiado. Assim, depreende-se a função silenciadora do discurso médico, pois falar é uma concessão; é um privilégio concedido ao paciente. A posição de privilégio gera a expectativa de uma correspondência, ou seja, se o falar torna-se um privilégio concedido ao paciente, o mesmo necessita, no mínimo, falar bem, para não cusar decepção, frustração àquele que lhe fez tal concessão, bem como para não causar danos, atrapalhar.

A respeito disso, dizem os paciente:

*"Muitas vezes, a gente não sabe conversar direito e, nesse caso, o próprio paciente atrapalha o médico. Se a gente*

não sabe falar direito, não damos detalhes do que estamos sentindo. Se o doente falasse detalhando, explicando o que sente, de tal modo que o médico pudesse entender, então a relação médico-paciente seria melhor".

Os pacientes se culpam por não falarem direito, como se isso gerasse confusão para o médico. Os mesmos revelam essa questão da seguinte forma:

"O médico é uma pessoa instruída, estudada. A gente é fraco. Nesses casos, a gente pode apavorar e esquecer as coisas que tem para falar pro médico. Por falta de instrução, a gente pode se confundir nas respostas que tem para dar, ou também pode esquecer o que falar. Então, o médico precisa ter paciência. Se o médico está percebendo que a gente não entendeu o que ele disse ele deveria repetir e perguntar mais vezes, falando mais fácil. Os médicos precisam ter consciência de que nem todo

*mundo que vem para consultar tem instrução suficiente. Algumas pessoas não são da Capital; vêm do interior e não conhecem nada do centro grande. Na roça, e até mesmo no interior, as doenças têm outros nomes; e a gente conhece a doença pelo nome que é falado lá no interior. Isso confunde o médico e o faz perder a paciência. A gente acha que falou certo, pois é assim que aprendeu a falar daquela doença; o médico não compreendeu nada. Assim não dá pra entender a situação".*

A visão de mundo do paciente, a visão que o mesmo tem de sua doença, e de seu adoecer, não entram numa cadeia de novos significantes que lhe possibilitem uma compreensão desse adoecer em face do discurso médico. Diante de um vocabulário hermético, cientificista, que opera por redução dos sentidos, dos diferentes ditos de sua fala, o paciente se vê impossibilitado, impedido de falar. Assim, ele esquece, larga, deixa de lado, despreza aquilo que mais o mobiliza; sua história, agora adoecida.

Por mais que o paciente tente "solicitar" ao médico que escute pacientemente a pluralidade de sentidos de seus ditos e

paradoxalmente, por mais que o médico queira acolher essa pluralidade de sentidos, ambos, médico e paciente são impedidos de fazê-lo, pois o discurso médico prima pela univocidade de sentidos enquanto os ditos só podem ser acolhidos quando transformados em signos médicos.

Assim sendo, estar sofrendo de "*fisgada na cabeça*", sofrimento esse que poderá estar circunscrito a um momento muito especial da vida do paciente, torna-se, no discurso médico reduzido ao signo médico da cefaléia. Se o médico se ligasse na angústia, no sofrimento, na tristeza, nos fantasmas que o paciente tece de sua doença, bem como na sua história de vida, ele deixaria o discurso médico, ocupando um outro lugar. Somente certos fatos são demonstrados pelo discurso médico, os quais podem articular-se em sua lógica. Daí a necessidade de o médico ter um certo olhar que torne possível selecionar aquilo que cabe na cientificidade da Medicina. Dessa forma, o médico só recolhe do doente aquilo que pode ter lugar no discurso médico. Assim, há toda uma dimensão excludora ou até mesmo diluidora no diálogo do médico com o paciente. O médico inclui o que cabe em seu discurso exclui o que nele não cabe.

A doença, instauradora de uma desordem no sujeito, leva-o a um não saber sobre si mesmo. Esse corpo doente, esse corpo do desprazer, da dor, desapropriada, do paciente, o seu saber sobre ele mesmo. Diante das sensações confusas causadas pela doença, o

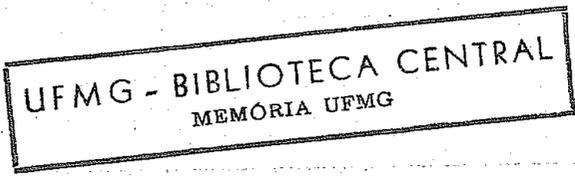
doente sente-se fragilizado, angustiado, e espera que um outro - o médico - detenha o saber sobre seu sofrimento e o apazigúe.

Entretanto, esse sofrimento passa a receber uma outra dimensão, no discurso médico. Ele só existe como um sintoma que permite estabelecer um diagnóstico, ou seja, o mesmo só existe à medida que é formulável nos significantes constituintes de uma síndrome que caiba na nosologia.

Ao nomear a doença do paciente, o médico o convida a se desligar das interpretações subjetivas que ele tece desse adoecer. Dessa forma, o doente está convidado a olhar sua dor como o médico. As sensações que ocorrem em seu corpo passam a ser consideradas com desconfiança, tudo o que sente fica como que incinerado, pois o que sente deve, a partir de então, ser reinterpretado em função de uma doença, de um nome dado a esta doença que ele já não pode mais conhecer, e que somente este discurso médico pode interpretar. E assim, é difícil entender o médico.

Dizem os pacientes:

*"Há médicos que falam muito, mas a gente não entende, pois o que o médico está falando é difícil. Isso dá pra ficar nervoso; há também aqueles médicos que perguntam pouco. Quando isso acontece, a*



*gente só responde aquilo que eles perguntam; só de ir ao médico a gente pode ficar nervoso".*

Alguns médicos falam muito, entretanto falam mas o paciente não entende. Portanto não há um diálogo. Instala-se um monólogo, do médico pois só valem os elementos próprios de seu discurso, que abole tudo o que nele não se possa inscrever.

Outros médicos perguntam pouco, e o paciente só responde aquilo que foi perguntado. Ora, à ordem médica não é necessário que o doente fale além daquilo que os agentes de sua prática querem saber, ou seja, o doente não deve falar determinados elementos de sua vida que não sejam integrados no discurso médico. É a partir do discurso médico que o paciente é escutado. Isso não poderá ser ignorado pelo doente.

A justificativa para a incompreensão do discurso médico recai na diferença entre o nível cultural do médico e o do paciente. Tal justificativa oculta o verdadeiro sentido da incompreensão desse discurso.

Acerca disso, os médicos explicam:

*"A relação médico-paciente pode ser rompida devido à falta de compreensão, por parte do paciente, das colocações do*

médico. Esse mal entendido pode ter como causa um desequilíbrio mental do paciente que lhe impossibilite entender a colocação médica".

Ora, as informações dadas pelo médico ao paciente, a partir de um discurso eminentemente científicista, obstam, impedem a comunicação entre ambos. Os pacientes se vêm compelidos a reconstruir seu discurso sobre sua doença com palavras mal entendidas, com elementos fragmentados, com frases desalinhavadas, arrancadas do discurso médico. Assim, determinadas características particulares vão-se juntando em sua fala desarticulada da doença, que poderá adquirir um tom de delírio, de desequilíbrio.

Os médicos enfatizam:

"Há situações em que os problemas surgem devido à dificuldade do médico e de sua equipe em transmitir adequadamente, de forma simples, a situação total que o paciente atravessa. O paciente fica sem receber esclarecimentos adequados sobre sua doença, o que pode constituir uma grande barreira para a relação médico-paciente".

Os médicos sabem disso, mas se tornam impossibilitados de falar como os pacientes, pois falam a partir do discurso médico, e esse discurso se torna uma língua estrangeira para aqueles, já que a doença adquire um estatuto eminentemente científico.

Cria-se, então, o mundo do silêncio:

*"Muitas vezes a gente fica quieto, dizendo que entendeu, quando, na realidade, não entendeu quase nada do que foi dito pelo médico. Às vezes, a gente fica quieto, com medo de não ter entendido direitinho e ser maltratado, ser chamado à atenção. Tem vez que a gente sente mais medo das perguntas que o médico pode fazer do que daqueles aparelhos diferentes".*

Incapazes de entender o enunciado pelo discurso médico, os pacientes se calam, se aquietam.

A palavra falada, um sinal exterior das representações vividas que devem possibilitar entendimentos, torna-se, nessa relação, fadada a condenar o paciente a uma posição de medo, de

inibição, a uma posição de silêncio, de emudecimento. A linguagem que se deveria converter num instrumento da relação médico-paciente, converte-se num elemento que denuncia e desnuda a impossibilidade dessa relação.

Entretanto, torna-se imprescindível assinalar que não só o paciente é convidado a silenciar-se enquanto sujeito, mas também o próprio médico. Por maior que seja o esforço do médico de aproximar-se do paciente, de falar a sua fala, ele se vê impossibilitado de fazê-lo, diante das exigências da ordem médica. Sua angústia, seus conflitos, suas ansiedades decorrem da impossibilidade de ser ele próprio em particular, pois *"o médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência da objetividade científica"*.

Assim, o médico só se autoriza por ser ele próprio o menos possível.

O médico não pode chorar, não pode sentir como indivíduo, não pode sofrer como indivíduo, não se pode angustiar como indivíduo. A pretensa objetividade científica está fundada também na abolição da subjetividade de quem pretende conquistar essa objetividade.

Da mesma forma que a subjetividade do paciente se esvai diante da objetividade científica, restando-lhe apenas a doença,

7 - CLAVREUL, J. A Ordem Médica; Poder e impotência do discurso médico - São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983, p.11.

enquanto entidade abstrata, fantasmagórica, assim também se esvai a subjetividade do médico, que só é em referência ao discurso médico.

Através desse discurso, médico e paciente revelam que essa relação vai mal.

## 2.2 - A Fala Silenciada: O Paciente Diante do Discurso Médico

A linguagem, enquanto instrumento por meio da qual se expressa determinada visão de mundo, torna-se um elemento privilegiado na análise na relação médico-paciente, "pois é por ela que se realiza no homem a manifestação do seu ser e se desvela sua relação como ser-do-mundo".<sup>8</sup>

Através da linguagem, o homem se apropria do mundo vivido; através da linguagem, o homem representa esse mundo vivido, constituindo-se como um homem humanizado, como um indivíduo universal. E, à medida que se humaniza, a possibilidade de conciliação de suas necessidades com as necessidades dos outros são criadas e partilhadas. O partilhar das experiências, que se dá no nível da fala, possibilita o reconhecimento imediato do representado. Dessa forma, ao falar (fala significando um dos elementos da linguagem), o sujeito exterioriza uma representação do mundo, bem como sua relação e compreensão do mundo. A fala, como portadora das representações individuais, tem uma "common acceptation"<sup>9</sup> entre os diferentes indivíduos, pois foi gerada por uma comunidade e por tanto, não são meras representações

8 - RODRIGUES, N. Por Uma Nova Escola: O transitório e o permanente na Educação - São Paulo, Ed. Autores Associados, 1985, p.102.

9 - TRABANT, J. Elementos de Semiótica - Lisboa, Editorial Presença, 1976, p.35.

individuais, ainda que os indivíduos sejam naturalmente os depositários dessas idéias (idéias significando representações), mas, antes, idéias coletivas e "utilizadas e transmitidas na *práxis linguística cotidiana de uma comunidade*".<sup>10</sup>

Torna-se importante assinalar que "essas idéias não foram criadas pelas sociedades humanas com o objetivo de mera compreensão teórica do mundo, mas, sim, com a finalidade de alcançar um domínio prático por parte da sociedade"<sup>11</sup>. Isso possibilita ao homem a representação de um mundo historicamente construído, bem como a reconstrução desse mundo. Através dessa relação com a realidade vivida, que capacita o homem a conhecer e produzir sua História, o homem faz cultura.

"Essa materialidade do pensamento, o reconhecimento do sujeito como subjetividade entre outras objetividades, na relação com a realidade vivida, produzida e potencialmente aberta a outras intervenções humanas se reconhecem em primeiro lugar pela fala dos homens. É isso que os humaniza, e esse modo das

10 - TRABANT, J. Idem, Ibidem, p.35.

11 - TRABANT, J. Idem, Ibidem, p.36.

*relações ocorrerem é o que se chama de cultura".<sup>12</sup>*

Assim sendo, todo e qualquer fato cultural, bem como as práticas sociais e qualquer atividade social constituem-se como práticas significantes. Práticas de significantes estas de produção de linguagem e de sentido.

Dessa forma,

*"nosso-estar-no-mundo, como indivíduos sociais que somos, é mediado por uma rede intrincada e plural de linguagem: ... Somos uma espécie animal tão complexa quanto são complexas e plurais as linguagens que nos constituem como seres simbólicos, isto é, seres de linguagem".<sup>13</sup>*

Através da fala, são criadas formas de se abrirem as portas do mundo, porém estas não o esgotam. Sempre existirá a possibilidade de uma fala ser recriada por outra fala, assim como existirá sempre a possibilidade de recriação de plurilinguagens.

12 - RODRIGUES, N. Idem. Ibidem, p.104.

13 - SANTAELA, L. O que é Semiótica - São Paulo, Ed. Brasiliense, 1987, p.11.

A linguagem constitui, também, um elemento que mediatiza a relação médico-paciente. Através da mesma, médico e paciente denunciam o seu modo de ver a relação. Enquanto instrumento de revelação cultural, a linguagem veicula determinada visão de mundo. Assim, o modo como as pessoas falam, o modo como se nomeiam traça, de certa forma, sua concepção de mundo.

A concepção que o médico tem de si mesmo, bem como a concepção que tem do outro e do seu meio são reveladas através da linguagem. A linguagem contém o traço cultural, contém, portanto, uma visão de mundo, uma visão de si mesmo, uma visão do outro. Essas visões entram numa cadeia de novas associações geradas na relação, seja do homem com o homem, seja do homem com seu mundo.

Entretanto, a linguagem, enquanto instrumento de relação com o mundo, converte-se num elemento de revelação de determinada concepção de mundo, mas converte-se, também, num elemento de dissimulação. Ela tanto poderá ser um elemento facilitador das relações, como poderá ser um elemento difilcutador.

Enquanto um elemento significativo na relação médico-paciente, ela deverá tornar-se um dos fatores básicos dessa relação.

Nas relações, "o agir, reagir, interagir, fazer, são modos marcantes, concretos e materiais de dizer o mundo, interação dialógica no nível da ação, do homem com a sua historicidade"<sup>14</sup>

As reações do médico e do paciente frente à realidade desse encontro singular deverão trazer as marcas de interações vivas com a materialidade das coisas, bem como de interações vivas do homem com o homem, enquanto sujeito da cultura. Esse confronto em que ação e reação são ativadas, em que o compreender, interpretar e traduzir determinado pensamento em outro pensamento, possibilitando tanto ao médico quanto ao paciente representar o que está fora, resultando em algo processado por um e por outro, constitui uma remessa para outro signo ou pensamento, no qual seu sentido se traduz *"ad infinitum"*.

Assim, a interação é criada, é gerada.

Na relação médico-paciente este não se comunica apenas para entrar em relação com o médico, mas para transmitir ao mesmo algo acerca do que sente enquanto doença, com a finalidade de que haja uma apropriação comum dessa realidade. Dessa forma, o paciente indica, demarca o que deve ser compreendido pelo médico. Essa ação de indicação objetiva, portanto, a compreensão, por parte do médico, da realidade vivida pelo paciente. A mesma expectativa ocorrerá ao paciente, ou seja, o mesmo deverá compreender o enunciado pelo médico, para se dar a relação.

Entretanto,

*"enquanto representante hodierno típico  
do discurso da ciência - representante*

*que possui uma incidência direta, maciça sobre o cotidiano de qualquer indivíduo, o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta".<sup>15</sup>*

Nessa dimensão, o sujeito paciente é silenciado, assim como o próprio médico, enquanto sujeito. As concepções populares da doença, a representação que o paciente faz da sua doença e da gravidade dela não sofrem a mesma gradação por parte do médico e do paciente. Ou seja, essas representações muitas vezes não são as mesmas para o médico e para o paciente. A visão de mundo do paciente, suas crenças, sua cultura são destituídas de significados, diante do pretense pedestal científico de onde o médico emite seu discurso, pois tudo o que aí não se pode inscrever é abolido.

Dessa forma, o médico encontra grandes dificuldades em entender o que o paciente tenta expressar, bem como encontra também grandes dificuldades em informá-lo e orientá-lo.

A pluralidade de sentido encontrada na língua torna-se excluída, dando lugar à univocidade de sentido. *"Nesse modo, o discurso médico se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos e sinais médicos".<sup>16</sup>*

15 - CLAVREUL, J. Idem. Ibidem. p.11.

16 - CLAVREUL, J. Idem. Ibidem. p.19.

A utilização de termos herméticos, a que o paciente não tem acesso, é usada pelo médico em seu discurso, gerando um reducionismo no sentido dos diferentes ditos do sujeito.

"Operação de que se vale o discurso médico e pela qual diversos significantes, tais como um abafamento no peito, uma falta de ar, uma angústia por dentro, uma sensação de sufoco, etc., serão todos reduzidos univocamente, ao sinal clínico da dispnéia. E isto, para que possam ser inscritos no discurso médico. Do mesmo modo, um peso na cabeça, uma ardência na testa, um latejamento na mente, um pensamento que não pára de martelar serão reduzidos ao sinal clínico da cefaléia".<sup>17</sup>

Assim é descartada toda e qualquer representação individual que traz a marca do sujeito. As representações dadas à cefaléia (signo eminentemente médico), tais como latejamento na cabeça, pressão na nuca, peso na cabeça, ardência na testa, um zum

17 - CLAVREUL, J. Idem. Ibidem p.19.

que não pára, por mais riqueza que possam denotar, enquanto fala de subjetividade por meio da qual o sujeito se coloca, são descartadas. Essa fala do sujeito é ouvida pelo médico apenas para ser rejeitada, posta de lado imediatamente. Assim se depreende a função silenciadora do discurso médico, pois há todo um reducionismo do vocabulário do paciente, em função da interpretação científica. O conhecimento científico tende a reduzir esse vocabulário até um nível capaz de colocá-lo num computador. Após esse ato de redução da linguagem do paciente, da informação do paciente, a Ciência se institui como objetiva; dessa maneira, o conhecimento torna-se objetividade, e, ao tornar-se objetividade, elimina a subjetividade, através da criação de um código passível de ser alcançado somente pelos iniciados.

Quando o médico constitui, portanto, uma outra linguagem, através da qual se reinterpreta a fala do doente, ele o silencia e se coloca num outro lugar frente ao mesmo. O médico se coloca na posição daquele que domina a doença, por que domina a linguagem sobre a doença. Um novo altar é instituído; o médico acaba por se instituir como um outro sacerdote, como feiticeiro da tribo, aquele que detém a palavra mágica que define os caminhos da doença e da cura. Enquanto senhor dessa "nova palavra", torna-se senhor absoluto, recuperando o seu poder sobre o outro. Esse poder sobre o outro é legitimado pelo fato de o médico deter uma linguagem que o outro não detém.

Na busca de solução para as dificuldades geradas na relação médico-paciente, a partir dessa dimensão, são propostas alternativas que tentam "relembrar a necessidade de o médico adequar-se à cultura de seu paciente, não permanecendo, em hipótese alguma num pretensso pedestal científico".<sup>18</sup>

Outras vezes, surge, como proposta alternativa, a possibilidade de orientar os estudantes de Medicina e os profissionais de saúde "a concentrarem a atenção nos signos e sintomas que apresentam os pacientes em lugar de ater-se principalmente aos indicadores que empregam para identificar enfermidades"<sup>19</sup>, uma vez que as queixas dos pacientes refletem um sistema nosológico e os médicos estão preparados para responder aos sintomas dos pacientes de acordo com os termos de um outro sistema.

Diante do exposto, tendo o discurso médico um sistema próprio para nomear os sintomas dos pacientes, ele prossegue segundo as leis da cientificidade, do racionalismo. No discurso médico, os sujeitos-pacientes são interpelados como pacientes-doença, enquanto os sujeitos-médicos são interpelados como

18 - MASCI, C.B. Aspectos da interação Médico-Paciente e sua Importância na Abordagem e Seguimento do Doente - Revista Brasileira de Terapêutica - Vol. X - No. 10 - 767 - 772 - 1981, p.71.

19 - RUBEL, A.J. & O'NEIL C. Dificuldades para Expresar al Médico los Transtornos que Aquejam al Paciente; La Enfermedad del Susto. - Rev. Ofic. Saint Panamá 87 (2) 1979, p.107.

instituição médica-médico, não havendo lugar, nesse discurso, para o sujeito-paciente nem para o sujeito-médico.

### 2.3 - Novas Relações Para Além dos Discursos

Ao eleger a fala do médico e do paciente como ponto de reflexão, verifiquei inicialmente, que ambos falam sobre a relação a partir da experiência imediata de cada um. Eles abordam várias questões como sendo fundamentais na relação, e tratam de enorme pluralidade de problemas, sem contudo, priorizar nenhum. A ausência de prioridade, tanto no nível dos principais aspectos da relação, como no dos principais problemas, revela uma falta de clareza da natureza dessa relação, assim como uma falta de clareza da natureza dos problemas que emergem na mesma, por parte dos médicos e pacientes.

Na realidade, ambos falam a relação no nível do senso comum. O ponto de vista do senso comum fornece aos mesmos uma percepção fragmentária, desarticulada, estereotipada da relação. Daí a pluralidade de questões apontadas por ambos como fundamentais para o sucesso da relação, bem como os vastos problemas responsáveis pelo descontentamento de uns e de outros.

O que se depreende é uma sucessão de experiências cotidianas que dizem ser a relação isso ou aquilo. Entretanto, nesse cotidiano, o que se erige são questões conjunturais, ou seja, pontos de vista nascidos a partir de certas circunstâncias vividas, consideradas como básicas na explicação da relação.

Como decorrência da experiência cotidiana do vivido no dia-a-dia da relação, médico e paciente constroem toda uma forma de dizer essa relação. Ambos criam certas explicações para si mesmos, baseadas na própria experiência, nas próprias possibilidades, na própria atividade, considerando essa realidade como a realidade mesma. É o mundo da "cotidianidade"<sup>20</sup>, a que preside a experiência imediata, pela repetição de determinadas condições, pela familiaridade com elas.

A realidade da relação passa a ser aquilo que o próprio médico e o próprio paciente creem ser a relação. Portanto, as questões que surgem nesse imediato vivido são questões cientificamente desnecessárias. Entretanto, essas questões conjunturais são tratadas pelos médicos e pelos pacientes como sendo questões substantivas, essenciais.

Ambos tomam determinadas sombras da realidade como a realidade mesma. Diante dessa realidade, eles não conseguem imaginar que possa existir qualquer outra realidade, para além dela. Ambos vivem atados a esse saber da cotidianidade, ocupando-se apenas dos aspectos fenomênicos da relação, que passam a ser considerados como verdades, como essência.

Esta dimensão da realidade é tratada numa alegoria contada por Platão, referente a um grupo de homens que vivia como se estivessem amarrados numa caverna. Diz a mesma:

20 - KOSIK, K. Dialética do Concreto - 2. Ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, p.70.

"Vamos imaginar um grupo de homens que desde o seu nascimento, estivessem amarrados no fundo de uma caverna, de costas para sua entrada. Essas infelizes pessoas jamais teriam assim visto a luz do dia, mas conseguiriam ver, projetadas no fundo da caverna, as sombras de tudo o que passasse pela entrada, projetadas pelos raios de luz. Essas pessoas certamente aprenderiam a distinguir as sombras projetadas e, não tendo conhecido outra situação diferente, não saberiam nem o que era viver livre das correntes, nem conseguiriam tampouco imaginar que existisse qualquer outra realidade além das sombras. Certamente essas pessoas chegariam a disputar quem teria melhor visão do que o outro, ou melhor, quem dentre eles seria o mais sábio. "Eis ali um homem" diria um; "eis um cavalo". "Olhem uma árvore, um carneiro", e continuariam por aí adiante, sem saber que estavam

enxergando fantasias, e não a realidade".<sup>21</sup>

Ora, a sombra de um cavalo não é o cavalo, a sombra de uma árvore não é a própria árvore. Essas sombras são apenas projeções de imagens, constituem imagens de um outro real, de uma outra realidade, que existe num outro nível ontológico. As mesmas fazem parte de um mundo das ilusões, onde determinados fantasmas são tomados como a realidade mesma. O mundo das ilusões é o mundo das verdades fixas, rígidas. A esse mundo pertence: -

*"o mundo dos fenômenos externos, os quais se desenvolvem à superfície dos processos realmente essenciais; - o mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da práxis fetichizada dos homens; - o mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos na consciência dos homens, produto da práxis fetichizada; formas ideológicas de seu movimento; - o mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de ser*

21 - RODRIGUES, N. Licções do Príncipe e Outras Licções: o intelectual, a política, a educação. - São Paulo, Cortez Editora - Autores Associados, 1987, p.19.

*condições naturais e não são imediatamente reconhecíveis como resultado da atividade social dos homens*"<sup>ee</sup>.

Entretanto, para conhecer realmente as questões da relação médico-paciente, é necessário ultrapassar essa dimensão cotidiana, pois os fenômenos que habitam esse cotidiano trazem as marcas da evidência, da regularidade, do imediatismo.

Na tentativa de ultrapassar essa dimensão do cotidiano, é preciso buscar outros caminhos para além do discurso dos médicos e dos pacientes.

Um desses caminhos é verificar o que a própria Ciência tem dito a respeito dessas questões, ou seja, o que já foi sistematizado pela própria Ciência sobre a relação médico-paciente, o que será feito no próximo capítulo.

DO DISCURSO DOS SUJEITOS AO DESEJO DA VERDADE:  
UMA REVISÃO PELOS CAMINHOS DA HISTÓRIA DA  
MEDICINA E PELOS CAMINHOS DA CIÊNCIA

### 3 - DO DISCURSO DOS SUJEITOS AO DESEJO DA VERDADE: UMA REVISÃO PELOS CAMINHOS DA HISTÓRIA DA MEDICINA E PELOS CAMINHOS DA CIÊNCIA

#### 3.1 - A Relação Médico-Paciente a Partir da História da Medicina.

Não seria possível orientar-nos na história sem nos remetermos à Grécia, pois os gregos são o "locus" histórico-social onde emergiu a Razão Discursiva, a Ciência Racional: nossas próprias origens.

Assim, a História da Medicina poderá ser tratada considerando duas grandes instâncias: uma instância denominada pré-grega, ou extra-grega, e uma outra instância, denominada grega.

Fora da tradição greco-ocidental, a leitura que se faz da Medicina é acientífica, a doença e a solução para a mesma são buscadas nas formas irracionais, mítico-religiosas, enquanto surgem, no interior da tradição greco-ocidental uma outra concepção, possibilitando uma leitura dessa história de natureza racional-científica. Conquanto se tenha elegido "o modo de pensar grego" como elemento privilegiado da presente análise, não se está fazendo uma datação histórico temporal, pois tanto a concepção de

natureza mítica-religiosa quanto a concepção racional-científica caminham lado a lado até o momento presente, atravessando a própria História da Medicina.

A dor, a doença, o sofrimento, constituem realidades incontestáveis. O ser humano, ao adoecer, busca o restabelecimento, o reencontro de seu bem-estar; própria da condição humana é a busca de refúgio para a dor, é a busca de consolo, segurança, pois a dor fragiliza, debilita o homem. Assim sendo, a defesa contra a doença, contra o mal que coloca o homem entre o limiar da vida e da morte constituiu e constitui numa preocupação constante para toda a humanidade, e este sofrimento necessita ser interpretado.

O homem necessita nomear o mal que habita seu próprio corpo, seu interior. Assim, considerando a concepção pré-grega ou extragrega, onde o mítico-religioso se instaura, a doença adquire vários significados.

Partindo dessa concepção, o homem, ao adoecer, sente-se como que possuído por maus espíritos, seres desconhecidos e misteriosos, possuidores de forças malévolas. Diante desse sofrimento, surge, como interpretação da etiologia da doença, a penetração de um corpo estranho no homem, causando sofrimento, e até mesmo a morte.

Assim como se pode atribuir a todos os fenômenos naturais significações sobrenaturais, identificando-os com deuses,

demônios, espíritos, a doença também passa a ser interpretada da mesma maneira. Nessa concepção, ela é considerada como obra do demônio, só podendo ser aplacada por meio de sacrifícios ou serenada por meio de oferendas. Da mesma forma que se interpreta a doença como obra do demônio, há, também, outras formas de interpretá-la ao longo da História.

O homem pode atribuir seus males aos feitiços e encantamentos feitos por um inimigo humano, o qual, deverá ser aplacado por atos feiticieiros similares. O homem ainda poderá cair doente por vingança de determinados espíritos, como se houvesse *"uma existência futura povoada pelos espíritos dos mortos, dentre os quais se encontrariam os fantasmas dos falecidos na vida terrena e estes fantasmas estariam praticando vinganças contra os seres humanos ainda vivos"*<sup>23</sup>.

A própria mitologia grega confunde-se com a História, trazendo suas marcas para a medicina. Essa dimensão considera Esculápio, o deus da arte de curar, enquanto uma de suas filhas, Panacéia, versada em conhecimentos relativos a todos os remédios, poderia curar qualquer doença.

Higéia, ou Hígia, outra de suas filhas, responsável pela saúde pública, tinha como trabalho principal, realizado em casa, alimentar as serpentes sagradas, responsáveis por miraculosas curas. As serpentes eram sinônimo de sabedoria e, como aconteceu

23 - CALDER, R. O Homem e a Medicina: história da arte e ciência de curar, São Paulo, Boa Leitura Editora, p.49.

no Jardim do éden, possuíam tanta sabedoria e conhecimentos. que se tornavam ameaçadoras, pois sabiam mais do que era bom que o homem soubesse. Elas sabiam tanto o que era bom quanto o que era mau - o veneno e o antídoto. Se tratadas com o devido respeito, tornavam-se aliadas dos médicos.

Presente ainda hoje como o símbolo universal da ciência médica, está o caduceu (um emblema constante de um bastão, em torno do qual se enrolam duas serpentes no sentido inverso), insígnia do deus Mercúrio, deus da eloquência e dos arautos. Insígnia que traz a marca de uma função, de posto de comando, de poder, símbolo de nobreza e dignidade.

No caduceu se resume todo o mito de Asclépio, no qual a aventura da Medicina se desenvolve, a verdadeira cura, a verdadeira ressurreição.

*"As serpentes que se envolvem em torno do bastão, simbolizam a árvore da vida, para significar a vaidade dotada e submissa: seu veneno se transforma em remédio, força vital pervertida, reencontrando seu caminho. A saúde é: a justa medida, a harmonização dos desejos (a simetria das voltas das serpentes), a colocação em ordem da afetividade, a exigência de*

*espiritualização, e sublimação que preside não apenas à saúde da alma, mas co-determina a saúde do corpo. Esta interpretação fará do caduceu, o símbolo privilegiado do equilíbrio psicossomático*"<sup>24</sup>.

Nessa concepção mítico-religiosa, o tratamento dado às doenças utiliza vários ritos de encantamentos e feitiçarias. As substâncias contidas nos remédios têm como finalidade desgostar os demônios, os maus espíritos causadores da enfermidade. Em geral, acrescenta-se à receita uma prescrição ritualística. O prognóstico é quase sempre decidido por meios de adivinhações e de augúrios.

Diante dessa concepção, o tratamento poderá ser feito nos templos sagrados, onde se realizam os cultos da cura, como acontecia nas Asclépias, templos gregos onde se realizava o culto da cura. Havia preces, sacrifícios e banhos nas fontes minerais.

*"Ao banho, seguia-se a unção com óleos e finalmente havia massagens. Depois de outros atos ritualísticos, o paciente era encubado, isso é, entregue ao sono templar, deitava-se no santuário e durante a noite um sacerdote em roupagem*

24 - CHEVALIER, J. Dictionnaire des symboles, Paris, France, Ed. Seghers, 1973, p.248.

de um deus o visitava para lhe ministrar conselhos médicos, no caso do enfermo se encontrar acordado. Se estivesse dormindo ou sonhando (tando o sono templar como o sonho deveriam ser clinicamente estimulados), os sonhos deveriam ser posteriormente interpretados; ou então o enfermo era informado sobre como as serpentes sagradas Ihes havia lambido a parte doente, e sobre como acabaria sendo curado. E, naturalmente, se não ficasse curado, isso se explicaria pelo fato de ele não possuir fé suficiente ou pelo fato de não ter observado com rigor os ritos, mas nunca pelo fato do tratamento não ser eficaz<sup>25</sup>.

Nessa dimensão, o médico-sacerdote é o único sujeito da cura, o paciente é passivo, ele sofre a ação do sacerdote, médico. Caso ocorra uma falha, a mesma recai sobre o paciente, como sendo a pessoa principal e responsável pelo fracasso. A solução para a doença é, portanto, buscada nas formas irracionais, mítico-religiosas.

25 - CALDER, R. Idem. Ibidem. p.70.

Ocorre uma distinção marcante entre o médico e o paciente. Assim, num dos pólos da relação médico-paciente, está o médico: o sacerdote médico, o mago, aquele que é capaz de exorcizar o mal, o adivinho, o intérprete da linguagem dos deuses, o superior na relação, pejado de significados definidores de sua missão, aquele que é capaz de atenuar as doenças, o detentor da arte de curar; enquanto, no outro pólo, está o paciente, aquele que padece e sofre, o enfermo, aquele que necessita ser purificado, aquele que deve esperar serenamente o resultado, o resignado, o conformado, aquele que perdeu a firmeza.

O lugar ocupado pelo médico e pelo paciente nessa relação torna-se bem definido. Esses lugares tornam-se de tal forma definidos, que impossibilitam qualquer confronto, julgamento e avaliação. O irracional marca todas as questões relativas à doença, ao tratamento, bem como determina o lugar do médico e do paciente nessa relação.

Ao lado dessas interpretações mítico-religiosas dadas à doença, começam a surgir interpretações de caráter racional, científico, nas quais a noção de cientificidade passa a estabelecer a concepção de racionalidade da medicina. Essa concepção, dada à doença, emergiu na Grécia Clássica, quando a doença é considerada um desequilíbrio, uma desarmonia entre o sangue a fleuma, a bilis preta e a bilis amarela. Inaugura-se a

teoria dos humores, por tanto, a doença não terá uma definição de natureza mítico-religiosa, mas uma definição de natureza racional.

Hipócrates abre novos caminhos para a Medicina. Ele funda o método de "cabeceira-de-cama", de observação contínua do paciente, tornando possível a descrição pormenorizada da doença e sua evolução. O espírito científico torna-se condição "sine qua non" para os estudos da medicina. A observação, o diagnóstico e tratamento clínico presidem ao ato médico.

A doença, até então atribuída aos demônios, espíritos, deuses, passa a ser estudada como um desequilíbrio no organismo; uma desarmonia dos humores.

Hipócrates observava todos os doentes, os sintomas, a natureza da doença de forma individual. A Medicina de ato sacerdotal, transforma-se em sacerdócio. O médico já não é mais somente um mago, ele necessita buscar o conhecimento. Assim, "o médico que possui anos de sabedoria equivale a um deus"<sup>26</sup>.

Hipócrates é o ponto de partida para os primeiros fundamentos da medicina racionalista, constituindo, pois, um momento de instauração dos princípios racionais-científicos, com relação à doença e ao tratamento.

Nessa dimensão, institui-se uma outra visão do processo da doença, absolutamente diferente. A mesma deixa de ser vista como possessão de maus espíritos. O próprio momento de instalação

26 - LOPES, O.C. A Medicina no Tempo, notas históricas da medicina. São Paulo, Ed. Melhoramentos, p.108.

da doença, como a própria cura, os quais se davam de forma repentina e abrupta, conforme se acreditava, não constituindo um processo, passível de ser conhecível, estudado, pesquisado, cedem lugar à possibilidade do conhecimento. Portanto, a doença torna-se passível de uma evolução, bem como a cura, o que lhe possibilita tornar-se conhecida.

A visão irracional da doença cede lugar a uma nova leitura; a leitura por via da Ciência.

A doença passa, então, a ter uma definição de natureza científica, tornado-se, portanto, referendada a uma outra ordem; a ordem do biológico, fisiológico.

O doente será um indivíduo humano que está acometido de alguma coisa, a qual poderá ser tratada, curada por um "expert" - médico. Este deverá deter, portanto, um conhecimento racional sobre a doença.

O homem se descobre ou se reconhece como um ser racional, portanto, como criador e construtor do mundo. Esse momento constitui o nascimento do Homem-homem. Nessa dimensão, esse momento do nascimento se caracteriza como o momento da maior imperfeição do homem, em que o Homem tem que se criar Homem. E como ser criador, há que criar a História.

O homem, nessa dimensão, não é acabado, feito, mas um devir que necessita continuar a façanha, a grande aventura da criação. Nesse momento, os gregos reverterem o processo da História.

O homem se encontra diante da possibilidade de construção, não sendo este um momento de distancimento da perfeição, mas o momento da possibilidade do caminhar em direção à perfeição. É por isso que os gregos acreditam no conhecimento, na construção da Ciência. Nessa dimensão, há a possibilidade da construção de um amanhã melhor do que este hoje. O Homem pode intervir e construir a História. Isso viabiliza a História como criação, como autocriação; como criação de um mundo humano: "de coisas, de realidade, de linguagem, de normas, valores, modos de viver e de morrer, objetivos pelos quais vivemos e outros pelos quais morremos"<sup>27</sup>.

Partindo dessa forma de criação "(criação entendida como a instauração de um novo eidos, uma nova essência, uma nova forma, no sentido pleno e forte desse termo: novas determinações, novas normas, novas leis)"<sup>28</sup>, criações específicas surgem, no interior da instituição global da sociedade. Nessa perspectiva, a Ciência torna-se uma criação particular do mundo greco-ocidental.

Assim, Hipócrates torna-se o portavoz dos relevantes avanços que se dão na Medicina, pois o mesmo nasceu dentro de todo um movimento cultural grego, dentro de toda uma concepção que iria afetar o mundo ocidental.

27 - CASTORIADES, C. As Encruzilhadas do Labirinto/2 - dos Domínios do Homem, Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1987, p.271.

28 - CASTORIADES, C. Idem. Ibidem. p.

As teorias hipocráticas relativas à doença desmistificaram a causa da doença como sendo punição, castigo enviado pelos deuses. Essa teoria passa a propor que a doença seja estudada como qualquer outro fenômeno natural. Ela deveria ser estudada tal qual os fenômenos naturais. Dessa forma, torna-se possível eliminar a doença, se se reconhecer suas causas. É por isso que é possível a Ciência da doença. Uma visão racional da medicina passa a se constituir, contrapondo-se à visão não racional de até então.

De posse do conhecimento, o Homem poderá julgar, escolher e é na Grécia que se encontra o primeiro exemplo de uma sociedade deliberando explicitamente acerca de suas leis e, modificando-as. Nessa Grécia, estava o germe de uma Medicina que poderia criar suas leis e produzir os conhecimentos relativos à doença e à cura; portanto, fazer da Medicina uma Ciência.

Ao homem é dada a possibilidade de agir, pensar, conhecer, criar, progredir, como senhor da História. Essa forma de pensar o Universo só é possível porque o mesmo não está dado, não está ordenado e constituído. Se assim, o fossem, existiria apenas um único e definido sistema de saber.

*"Se o universo humano fosse perfeitamente ordenado, quer a partir do exterior quer por sua atividade espontânea ("mãos*

*invisíveis, etc."), se as leis humanas tivessem sido ditadas por um Deus ou pela Natureza ou ainda "pela natureza da sociedade" ou "pela leis da História"<sup>29</sup>,*

não seriam possíveis o pensar, o agir, o conhecer, o criar e o progredir.

Diante do exposto, torna-se evidente que Hipócrates só poderia existir na Grécia, pois só poderia desenvolver sua concepção de mundo, nesse movimento cultural. Em outro momento, não haveria espaço para a criação da medicina racionalista de Hipócrates.

À medida que essa visão racional e científica vai avançando, a visão mítico-religiosa vai-se enfraquecendo.

Entretanto, com o advento do Cristianismo, uma cunha de natureza judaico-cristã se introduz nesse ponto da evolução da medicina, influenciando na direção e nos avanços até então conquistados por ela. A concepção judaico-cristã abre os caminhos para um reinterpretação da doença pelo veio de natureza religiosa.

Aproveitando-se da virulenta e violenta peste que causava devastações estarrecedoras nos povos, as doutrinas do cristianismo surgem fortes e, sob a "égide da Igreja, os antigos

*pontos de vistas, relativos à origem sobrenatural das doenças passam a ser reativados*<sup>30</sup>.

A Igreja surge como depositária do conhecimento, da sabedoria, não somente relativos à Medicina, mas também à cultura em geral. Nesse momento o Homem deveria ser preparado para sua salvação, a salvação de sua alma. A Igreja torna-se guardiã de uma doutrina universal, verdade absoluta e inquestionável, que deve ser levada ao conhecimento dos homens. Não se trata de buscar a verdade, como entre os filósofos gregos, trata-se de conhecê-la pela Revelação (Bíblia) e pelo comentário das autoridades (filosóficas e teológicas) aceitas pela Igreja.

Novamente, a doença passa a ser intepritada como possessão demoníaca. A visão de Homem no cristianismo se liga ao pecado, à história da perdição: a doença surge como castigo de Deus, constituindo-se um sinal de decadência do homem. Na concepção judaico-cristã, encontra-se arraigada a convicção de que Deus se revelou, assim como revelou também a sua vontade. Essa revelação trazia implícita e explícita a exigência da conversão. Os heréticos, os infiéis, os feiticeiros, portanto, deveriam ser exterminados. A vontade do homem passa a ser determinada por Deus, que é a perfeição, o Absoluto. O homem é criado à imagem e semelhança de Deus: perfeito. A imperfeição é a marca do pecado. A

30 - CALDER, R. Idem Ibidem p.92.

Medicina retorna às bases mítico-religiosas, uma vez que a doença assume uma dimensão de pecado.

Assim, os doentes deveriam ser tratados pelos monges através de preces, exorcismos, penitências, relíquias sagradas. Os monges tratavam os doentes

*"armados com uns conhecimentos superficiais de Galeno, tomando de empréstimo dados cabalísticos, adotando algo da alquimia do Islame, recorrendo à sabedoria dos médicos judeus, que muitos mosteiros mantiam escondida, fazendo uns poucos encantamentos, combinando-os com o uso de amuletos, mágicos e benzeduras"*<sup>31</sup>.

Todo o conhecimento do corpo humano, todo avanço da Anatomia passa a ser visto como indecoroso. Através da bula do Papa Bonifácio VII (1300) a pesquisa anatômica tornou-se impossível.

Todos os livros que traziam diagramações das várias partes do corpo relacionadas com signos do Zodíaco tiveram de ser corrigidos, pois essa era a forma de torná-los isentos das manchas de semelhantes signos pagãos. Assim, para evitar tais manchas, os

31 - CALDER, R. Idem Ibidem p. 93.

91.

símbolos zodiacais passam a ser substituídos. As várias zonas do corpo passam a ser identificadas com nome de santos; A garganta, por exemplo, relacionava-se com São Braz, daí, o costume popular de invocar este santo diante de soluços intensos.

As doenças também são colocadas sob a jurisdição especial de determinados santos.

O cristianismo, com toda sua força, vai solapando os avanços até então alcançados pela Medicina. Há um recrudescimento da fé nos meios sobrenaturais. Os princípios racionais de Hipócrates e Galeno vão dando lugar ao empirismo, à superstição e ao misticismo. As doenças são reinterpretadas como castigo pelo pecado. O ser doente é um pecador.

As idéias religiosas dominam a época, o corpo passa a ser a sede do sofrimento, da penitência, uma vez que o cristianismo se afirmou como uma religião do sofrimento, da humildade, da fraternidade e da união com Deus.

A liderança científica é assumida pela Igreja. A Medicina torna-se, então, orientada pelos princípios da piedade cristã e pela fé, constituindo-se como essencialmente dogmática.

As epidemias, segundo a concepção cristã, poderiam ser contidas com o sacrifício do pecador. O pânico das pessoas com relação às pestes gera o fanatismo e a loucura religiosa. As igrejas enchiam-se de pessoas arrependidas, pois as doenças eram atribuídas aos pecados dos homens.

Diante dessa realidade, os médicos se limitavam a aconselhar algumas medidas profiláticas. Os hospitais são construídos perto dos mosteiros, uma vez que os sacerdotes se dispunham a consagrar os enfermos. Os médicos eram membros das comunidades religiosas.

Este foi o cenário onde a medicina se inscreveu até o Século XI.

Enquanto a visão greco-clássica situava a medicina no racionalismo, buscando solucionar a doença por via da razão, o cristianismo surge dando uma nova interpretação à doença, que passa a ser interpretada novamente de forma religiosa. Nessa forma de apropriação, não há Ciência, a solução para a doença recai nas formas mítico-religiosas. Com o cristianismo, a razão volta a ser subordinada à fé. Nessa dimensão, as verdades reveladas não dependem do conhecimento racional. Há verdades absolutas segundo as quais um único deus verdadeiro preside ao homem. As aspirações, as iniciativas e as esperanças do homem, passam a ser determinadas pelos princípios cristãos.

A salvação para o homem é a conversão. O indivíduo, ainda que pecador, se acreditar e reconhecer em Cristo, o salvador, aderindo a ele, é salvo. A probabilidade do crescimento, da construção, da criação torna-se nula.

A concepção religiosa da conversão imediata, que leva à salvação da alma, passa a ocorrer no universo da doença. Se o

universo da doença ocorre por interferência de um espírito mau, por forças demoníacas, uma vez expulso tal espírito, tal demônio, também é destruída a causa da doença. Já não existe a doença, pois ela deixa de ter uma dimensão progressiva.

Na dimensão religiosa, a doença como o pecado, como presença do demônio no homem, como decadência do homem só poderá ser curada também nessa mesma direção.

Entretanto, assim como o cristianismo influenciou a cultura greco-romana, esta também influenciou o cristianismo. A teologia judaico-cristã influi sobre a filosofia grega e recebe influência dela. Assim sendo, os teólogos da Igreja, para conferir um ar de Racionalidade ao cristianismo, procuram a fundamentação filosófica como um ponto de apoio. Nessa dimensão, Platão e Aristóteles são colocados para justificar toda a teologia.

Assim, Santo Agostinho (254-430) vem justificar a utilização da Ciência e de culturas profanas na formação do jovem. As regras e os métodos dos antigos aperfeiçoam os mecanismos do Espírito e da Razão, ajudando a compreender e pensar melhor os dogmas da fé cristã, ou ainda, o estudo dos Antigos faz do homem um Homem no sentido pleno da palavra, e é preciso tornar-se Homem para tornar-se Cristão (fazer profissão de fé). Não havia ensino específico de religião, na Idade Média, porque à época toda a atividade intelectual era voltada para um único fim - fazer uma ciência que pudesse seguir de base à fé. Ao mesmo tempo em que a

razão empreende penetrar na fé, busca-se apoiar a fé na razão. Desse modo, o pensamento filosófico antigo é submentido à teologia cristã, e vice versa.

Outro exemplo é Santo Tomás de Aquino (1225-1274), já no início do Século XIII que dentro do espírito da Escolástica, empreende um grande esforço para formar o pensamento lógico pela gramática formal, pela dialética e pelo exercício do debate, orientado pela idéia de que a verdade é una, como Deus é uno, e que argumentar bem leva obrigatoriamente à Verdade e a Deus.

Muitas escolas de Medicina são criadas, sendo as mesmas situadas nos mosteiros. Como exemplo, em 1220, a famosa Escola Médica de Montpellier (França) sofre uma regulamentação de seu curso, quando da vinda do Cardeal Conrado, legado pontifício do Papa Honório III, que, por meio de uma célebre Bula, transformou Montpellier num grande centro médico da cristandade. *"Os estudantes começam a viver com os monges, divididos em colônias segundo suas terras de origem"*<sup>22</sup>.

Os médicos eram membros das comunidades religiosas. Ao lado dos medicamentos que prescreviam, abençoavam os pacientes e lhes davam a beber água que eles benziam.

No Século XVI, o espírito do Renascimento cultural traz de volta o interesse e o entusiasmo pela vida intelectual e artística, a valorização da investigação da Natureza, a

valorização da beleza corporal, e das alegrias da vida terrena, que foram sufocadas pelo acetismo religioso da Idade Média. Com o Renascimento, há uma retomada da racionalidade grega no mundo ocidental. A questão da racionalidade entra outra vez em cena. Nessa dimensão, o homem retoma seu lugar de autor de sua própria História, bem como torna-se autor da construção, seja no campo da Arte, da Política, da Medicina. O novo homem que nasce, inspirado nos Antigos, não encontra afinidade com a visão pessimista da natureza humana e da vida terrena, que prevalecia até então. Um grande desejo de saber, de conhecer incentivavam os trabalhos de pesquisa. O que sucedia à Medicina, sucedia a vários setores da Ciência, da Literatura, da Arte. Isso explica, de um lado, Leonardo da Vinci realizando dissecações, com base nas quais esboçava seus desenhos, assim como explica André Vesálio (1514-1564), autor do "*primeiro livro-texto compreensivo sobre anatomia humana, o De Humani Corporis Fabrica*"<sup>33</sup>.

Com o estudo da anatomia, abrem-se novos horizontes com relação ao conhecimentos dos diferentes órgãos, seja no seu estado de higidez, seja no de doença.

Foi um período de intensos e úteis trabalhos que viriam contribuir para um rápido conhecimento do funcionamento do organismo humano, capaz de vencer as idéias dominantes expostas

por Cotton para quem "a doença é o chicote de Deus a punir os pecados dos homens"<sup>34</sup>.

Nasce o conceito mecanicista de Medicina. Contra o exagero mecanicista surge, porém, o conceito de alma, que tenta explicar os fenômenos da vida: a alma era o que fazia o corpo viver.

O Século XVII caracterizou-se, também, pelas inúmeras teorias visando à explicação da vida orgânica, todas elas bastante sugestivas e demonstrando o desejo de seus defensores de trazerem esclarecimentos a respeito de assuntos obscuros, de difícil interpretação, como acontecia com o conceito de doença. Os séculos subseqüentes marcam grandes feitos na Medicina, muitos dos quais definitivos (Anatomia Patológica, as vacinas, as pesquisas bacteriológicas que visavam à descobertas dos germes responsáveis pela diversas enfermidades), abrindo notáveis perspectivas no campo da Medicina.

Essa concepção racional-científica continua sua trajetória, atingindo seu momento áureo no Século XIX, com o advento da sociedade capitalista, na qual as relações de trabalho, no âmbito da Medicina, tornam-se também de natureza capitalista. Esse é o momento da máxima racionalidade.

Entretanto, apesar de termos um mundo dominado pela Ciência, apesar de toda essa visão científica e racional, a

34 - LOPES, O.C. Idem. Ibidem. p.260.

sociedade ainda guarda resquícios de uma visão mítico-religiosa. Apesar de hoje termos um mundo dominado pela Ciência, vemos surgir uma reabilitação do irracional.

O irracional aplica-se, ao mesmo tempo, ao inexplicado, ao inexplicável, ao ininteligível, ao insensato, ao absurdo e ao incognoscível, um domínio que escapa, portanto, às categorias lógicas e às aplicações científicas. É irracional todo o fenômeno cuja causa, função ou fim ignoramos, para o qual não podemos dar uma razão.

Ao longo da história da Medicina, verificamos um deslizar permanente entre a irracionalidade e a racionalidade.

A atitude da Ciência consiste em esforçar-se por justificar o irracional no homem. Resignação e submissão ao irracional combinam-se com as esperanças de encontrar nele as soluções para os males que os indivíduos e a sociedade suportam. Daí, apesar de todo o avanço da Ciência, permanece ainda a busca incessante dos consultórios de magia, videntes, astrólogos, pais-de-santo, etc..

A natureza do trabalho médico traz à tona questões extremamente misteriosas: a vida, a morte. Assim, apesar de toda a cientificidade, a relação médico-paciente continua sendo atravessada pelos resquícios da concepção mítico-religiosa que invoca questões relativas à alma, espírito, provações, purificações, para uma vida futura melhor.

O apelo à potência vital, ao desejo criador; o recurso ao irracional, a exaltação do irracional enquanto força superior, ao poder da inteligência e da razão, marcam profundamente tanto a cultura como os costumes do Século XX. Daí, apesar de toda a cientificidade da Medicina Moderna, a busca de soluções mágico-religiosas para a cura dos males continua lado a lado com a Ciência Médica.

A relação médico-paciente está fadada por toda uma tradição histórico-cultural e até mesmo pelo conflito dessa tradição. Tanto o sujeito médico como o sujeito paciente portam essa tradição cultural, havendo, nessa relação, um deslizar permante entre a irracionalidade e a racionalidade.

O médico, no momento presente, busca romper, fazer a desvinculação médico/sacerdote, na tentativa de romper com a irracionalidade que possa permear a relação, para estabelecer uma outra relação, de natureza racional, científica.

Ao querer romper com essa visão sacerdotal, o médico está querendo aderir a uma forma racional e absoluta de comportamento. Portanto, o médico está querendo trazer para dentro da relação, não apenas o modo científico de ver a doença, enquanto que, para o paciente, a doença permanece como fenômeno cuja causa, função, finalidade e razão de ser se desconhece. O paciente busca a cura como uma das formas de superar a morte. Assim, ao procurar um médico, o paciente o recoloca no lugar daquele que pode superar

a morte: o mágico, o milagroso, o deus. Os médicos, como portadores do discurso científico, fazem uma crítica à essa visão sacerdotal, mágica da Medicina, impondo uma visão racionalista à mesma. Entretanto, freqüentemente são impulsionados por decisões de natureza não científica, isto é, não conseguem uma total ruptura com a concepção mítico-religiosa. No mundo ocidental, apesar de toda uma busca do predomínio da concepção científico-racional, a concepção mítico-religiosa se faz presente, principalmente pela introdução da cultura judaico-cristã. Essa cultura judaico-cristã é um componente fundamental da cultura do mundo ocidental, que mantém essa concepção de natureza religiosa no trabalho médico.

No caso do Brasil, há, ainda, outros componentes que necessitam ser considerados, como por exemplo, a visão animista inspirada na cultura indígena, a qual também está presente e que elege a Natureza como portadora de determinadas forças para além da condição humana, portanto, capaz de curar. Há, também, um componente da cultura africana, que reforça essa visão de espíritos, interferindo no processo da saúde e da doença. Assim, a visão animista indígena e a visão espiritualista/ritualística africana somam-se à cultura judaica-cristã, impedindo a instauração de natureza puramente racional da medicina.

Essa forma de pensar a doença, o tratamento e a cura estão presentes tanto na visão dos próprios pacientes, como na dos

próprios médicos, pois ambos estão impregnados dessa mesma herança histórico-cultural.

A crise na relação médico-paciente se dá quando uma dessas concepções tende a superar a outra, isso é, quando o enfoque racional do médico tende a superar esta visão anímica, espiritual, mítica, religiosa, do paciente, ou quando o próprio médico elege sua ciência como algo sagrado, absoluto. Nessa dimensão, o médico torna-se, novamente, um sacerdote; ele vai ao oráculo da Ciência, para trazer a verdade dos deuses. Erige, portanto, a Ciência novamente como deusa, colocando-a numa espécie de novo altar. Resgata a concepção religiosa da Medicina; uma religião dessacralizada ou desdeificada.

Assim como existem todos esses resquícios guardados na cultura da sociedade, e determinantes da relação médico-paciente, há, ainda, uma outra dimensão, que necessita ser buscada, uma vez que contém essa dimensão histórico-cultural e transcende a ela; a dimensão que está para além da consciência: a dimensão do inconsciente, a qual o Homem se vê também atado, mesmo que possa, na cena consciente, conhecer a lógica desse inconsciente.

### 3.2 - A Relação Médico-Paciente A Partir do Enfoque Psicanalítico

Quando Copérnico "descentra" a Terra do Universo, dando-lhe o significado de um simples planeta a Humanidade é surpreendida em sua crença.

Quando Darwin "descentra" o homem de sua crença de ser feito à imagem e semelhança do criador, para transformá-lo num elo e no resultado do processo de evolução, a Humanidade novamente é surpreendida.

Quando Freud promove a derrubada da razão e da consciência de seu lugar sagrado e absoluto, fazendo com que elas sejam meros efeitos de superfície do inconsciente, a humanidade outra vez é surpreendida.

A filosofia moderna permitia duvidar da existência do mundo e até mesmo da existência de Deus, o que lhe era impossível era duvidar da consciência como absoluta.

Dessa forma, tem-se uma idéia da dimensão da ruptura produzida pelo pensamento freudiano na concepção ocidental do homem.

Enquanto o "cogito" carteziano postula: *penso, logo sou*; o "cogito" introduzido por Freud poderá ser traduzido por: *penso onde não sou; portanto, sou onde não penso*.

A teoria freudiana irá postular um aparelho psíquico que, mesmo não ocupando um espaço determinado no soma, é o lugar onde se processa a ação do humano. Esse aparelho, tal como Freud o concebeu, é formado pelo inconsciente, pré-consciente e consciente, cabendo ao inconsciente a posição de privilégio em relação aos demais.

Assim, a ação do homem, antes de ser determinada pela razão, ou pelo mundo externo, de acordo com a concepção freudiana encontra-se "pré-disposta" por uma motivação que é desconhecida para ele próprio.

Ora, se o sentido real da ação do homem situa-se no inconsciente, e se este lhe é desconhecido, o que existe nesse espaço? Ele é preenchido por "idéias" cuja realização é impossibilitada no mundo exterior, em virtude do "quantum" de desprazer que seria gerado caso as mesmas fossem reconhecidas no nível pré-consciente/consciente.

Entretanto, é esse grupamento de "idéias" que se reveste de energia mobilizadoras do ser. Se lhes é negada a realização direta, elas irão articular-se, de forma a buscar representantes no pré-consciente/consciente, que lhe permitirão, por não serem diretamente ameaçadoras, uma realização indireta e, conseqüentemente, a utilização da energia psíquica.

Evidencia-se, dessa maneira, que toda ação humana tem um sentido claro, que é da ordem da razão (pré-

consciente/consciente), mas, simultaneamente, oculta um sentido que escapa à razão.

As condições de um processo de relacionamento, dessa forma, não são inseridas dentro do livre arbítrio do indivíduo, mas acham-se predeterminadas, preestabelecidas, "ligadas a um clichê estereotípico que se encontra no indivíduo"<sup>35</sup>, formado a partir de suas primeiras relações.

Partindo desses princípios, a leitura da relação médico-paciente, orientada nesse sentido, irá tentar resgatar os elementos da ordem do inconsciente, articulados no discurso do médico e do paciente.

Muito embora os princípios gerais da Psicanálise tenham sido privilegiados na presente análise, várias foram as Escolas de Psicologia que se propuseram estudar os fenômenos psíquicos. Cada uma delas tentou explicitar as questões relativas à vida psíquica segundo determinadas concepções.

Assim, o Estruturalismo sustentava ser a experiência o objeto dessa nova psicologia; as próprias experiências deveriam ser analisadas pela introspecção, segundo seus conteúdos mentais descritos de acordo com certas regras.

O Funcionalismo interessava-se mais pelas funções adaptativas dos processos mentais.

35 - FREUD, S. A Dinâmica da Transferência, Vol. XII, E.S.B., Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969, p.134.

O Behaviorismo preocupava-se mais em estudar o comportamento.

O Gestaltismo, privilegiando a organização dos processos mentais, buscava, na Fenomenologia, o método para reunir informações, considerando a experiência relatada verbalmente pelos indivíduos como o objeto básico da Psicologia Gestalt.

A Reflexologia buscava, na investigação fisiológica dos reflexos, explicações para os processos mentais.

Com excessão do Behaviorismo e da Psicanálise, todas as outras escolas foram perdendo sua identidade. Somente o Behaviorismo e a Psicanálise continuaram sua trajetória com poderosas forças.

Entretando, por tratar dos comportamentos manifestos, explícitos, o enfoque behaviorista se ajustou mais à compreensão dos problemas surgidos no interior da prática médica, cotidiana, pois lida com as questões mais emergentes nessa cotidianidade. Lida, portanto, com a dimensão fenomênica de maneira mais eficiente, tendo respostas para os problemas imediatos.

Assim sendo, a utilização desse enfoque no estudo da relação médico-paciente, irá proceder, numa primeira instância, ao levantamento dos problemas mais comuns que ocorrem, para em seguida, estudá-los levantando suas causas e, a partir daí, procurar resoluções práticas. Dessa concepção, surgirão padrões de conduta que determinam a postura do médico, a forma de

cumprimentar, a tonalidade de voz e todos os outros comportamentos que, seguidos, resultaram na satisfação do paciente.

A relação é vista, dessa forma, tão somente como um elemento intermediário, passível de ser quantificado, e que irá facilitar ou obstar a atuação do saber médico.

Nessa dimensão, a aplicação da Psicologia na relação médico-paciente ocorrerá à medida em que esta permitir identificar elementos que obstem e elementos que facilitem a própria relação, criando uma série de normas que se organizarão como um receituário da relação, de modo a permitirem atingir a finalidade: a relação médico-paciente, com o mínimo de intereferência (ruído) possível.

Essa abordagem não propõe uma análise dos fatores constituintes do Ser médico e do Ser paciente, enquanto possuidores de determinada estrutura psíquica; apenas quantifica e elimina aqueles elementos da relação considerados não assertivos. O sucesso ou fracasso da relação está determinado por aquilo que o médico seja capaz de dominar ou não entre os fatores que causem obstáculos.

Nesse enfoque, o "ser médico" não é uma opção ao alcance de qualquer indivíduo que deseje ser iniciado na arte da Medicina, mas um lugar reservado àqueles que se encaixem, por um conjunto de aptidões, interesses, habilidades, num padrão profissiográfico preestabelecido que irá garantir seu sucesso profissional.

As limitações deverão ser identificadas, reconhecidas e conseqüentemente, modificadas para o "modelo ideal".

As frustrações com as quais o indivíduo médico depara, nesse modelo, são várias, pois qualquer fracasso resulta de um não saber ou de uma qualificação insuficiente para o exercício dessa atividade. Além disso, ao tentar apropriar-se de uma série de técnicas, corre-se o risco de se criar condutas exteriorizadas que acabem por uniformizar o indivíduo médico na categoria médica, excluindo assim, expressões de sua individualidade.

Essa forma de ler a relação considera as questões existindo a partir de sua manifestação, ou seja, de sua manifestação visível. Essa análise parte da existência do problema emergente, de sua constatação material na relação.

Entretanto, torna-se necessária uma análise anterior a essa constatação material, pois essa análise material da questão ignora o processo de sua formação, de sua origem. Assim, a manifestação material das questões da relação toma a feição do todo da mesma. Ora, à medida que se privilegia a manifestação material das questões que emergem nessa relação, a abordagem dessas questões seria quase infinita; são priorizados os detalhes. Desse modo, a análise das questões, a partir de sua manifestação real e concreta, abriria um leque de possibilidade de análise infinita, pois todos os problemas, todas as questões que surgissem teriam de ser analisados no momento em que aparecessem, assim como

todas confluências que estariam dando origem a essas questões. Ora, isto não permitiria o critério de cientificidade; não seria possível estabelecer a universalidade dessas questões, pois as mesmas seriam todas singulares, ocasionais. Então, seria necessário analisar cada situação da relação médico-paciente, em cada momento singular.

Essa dimensão não será privilegiada no presente estudo, pois se torna insuficiente, permanecendo no nível do manifesto, faltando o conhecimento da estrutura oculta desse manifesto, isto é, a verdadeira natureza da manifestação do problema. Daí se privilegiar a Psicanálise, pois ela possibilita a leitura dos fenômenos ocultos no manifesto.

No que tange ao estudo da psiquê, a Psicanálise segue rumos distintos, sendo que o caminho trilhado por ela fala da descentralização do "Eu" enquanto ponto de consciência e controle, e papel central no desenvolvimento do homem, "para dar lugar ao surgimento de 'um outro homem', 'um outro sujeito', que lhe é desconhecido e que lhe impõe uma fala que é vivida pelo sujeito consciente como estranha, lacunar e sem sentido"<sup>36</sup>.

Nessa dimensão, ou seja, sob o prisma da Psicanálise, o próprio ser médico é resultado do SER. A escolha da Medicina como profissão, nessa dimensão, assim como as demais profissões, não é um ato singular de motivação altruística, nem somente um jogo de

36 - GARCIA-ROZA, L.A. Freud e o Inconsciente, Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1984, p.210.

100.  
motivações econômicas, nem tão pouco se reduz a uma busca de *status* social.

Trata-se da concretização de uma vocação - escolha, chamamento, predestinação - que acha, no trabalho, o local adequado de realização das exigências inconscientes. Ao ser médico, esse indivíduo encontra o espaço aceitável para a realização de algo que é, em si, inconfessável.

O exercício da Medicina, denota o ato de cuidar, no sentido de tratar, recuperar, curar, atender a necessidades de um outro que sofre, de um outro fragilizado, de um outro em estado de dependência.

Essa especificidade de ações funcionará como atrativo para aqueles indivíduos que possam encontrar, aí, as transcrições apropriadas de suas "idéias" inconscientes.

O acaso não existe. Ser médico é resultado de um processo que se iniciou nos primórdios da vida. É uma possibilidade encontrada para a resolução de certas demandas do inconsciente, que, caso não encontrassem essa vazão, poderiam desdobra-se em certas vivências conflituosas, no plano psíquico. Assim, não é qualquer estrutura de personalidade que permite a alguém tornar-se médico. O desejo de cada médico é, sem dúvida, formado por significantes, os quais constituíram sua história pessoal. Se, por um lado, há toda uma história que antecede o ser médico, o estar doente também se inscreve numa história.

O enfermo, ao adoecer, simboliza algo de psíquico em sua patologia, servindo-se da doença como um elo de ligação entre o inconsciente e o pré-consciente. Convém esclarecer, aqui, que essa afirmação não se refere à origem de uma doença (psíquica ou somática), mas à conotação de que toda a doença, como qualquer outro acontecimento, requer, em si, uma representação, um espaço psíquico.

A explosão, no corpo, de uma intensidade, de sensações que provocam dor, sofrimento, angústia, medo recebe as mais diversas significações. Tudo o que o paciente sente poderá ser interpretado a partir de um saber que lhe é peculiar, sendo carregado pelas mais diversas fantasias. Assim, essa onda de sensações dolorosas, penosas, angustiantes, freqüentemente adquirem um sentido culpabilizante para o paciente. Para livrar-se desse tormento, o enfermo "pede" ao médico que o cure.

Todo esse sofrimento do doente traduz-se na busca de uma mão socorredora e providencial, que possa assegurar-lhe um reencontro com seu estado de saúde, um reencontro com seu corpo saudável. O doente espera que um outro, o médico, detenha a verdade sobre seu sofrimento e o apazigue; pois as sensações infortunadas em que se encontra não lhe possibilitam um saber sobre si mesmo.

Assim, o doente, quando recorre ao médico, está numa situação de desamparo, tal qual uma criança que recorre à mãe.

Tanto o doente quanto a criança imputam, à pessoa a quem recorrem, a certeza de que esse outro possa interpretar seus apelos e apaziguá-la, confortá-la. Do mesmo modo, o doente não pode, por si mesmo, assegurar sua cura.

Assim como a criança, em sua prematuridade, necessita do outro para sobreviver, pois não pode por si mesma satisfazer suas necessidades, o doente não pode assegurar sua sobrevivência, sua cura, por si próprio. Da mesma forma que a criança, ao gritar, ao chorar, dá testemunho de suas necessidades, tendo, na figura materna, a possibilidade de uma interpretação desse choro, desse grito, como demanda de alimento, calor, aconchego, cuidado de higiene, de amor, assim também o doente, com seu grito de dor, de sofrimento, testemunha suas necessidades, esperando que alguém, como uma mãe, possa interpretar igualmente esse sofrer.

Médico e paciente passam a ser um continente para toda a complexidade que ocorre nessa relação, e que traz as marcas de uma história longa e complexa. A cada novo paciente, momento novo se inicia; novas tramas de relações conscientes e inconscientes se instalam.

O médico, aquele que tem como função o cuidar, e o cuidar no nível do corpo enfermo, portanto debilitado, fragilizado, dependente, poderá, entretanto, ser percebido pelo paciente de vários modos. Ele poderá "ser visto" como uma mãe nutriente, que sabe interpretar as necessidades de sua criança,

não se enganando, caso atenda às necessidades de cuidado e reconforto da mesma; ou poderá ser visto como uma mãe abandonica que o enjeita caso não atenda as suas necessidades. E, em geral, o paciente reagirá frente ao médico de maneira similar à que realizava nos primórdios da vida, frente às figuras parentais.

Geralmente, a imagem materna ou paterna é deslocada para a figura do médico, e não só a imagem, mas os sentimentos dela oriundos. Sob esse prisma, torna-se possível compreender porque, às vezes, os pacientes assumem certas atitudes hostis para com seus médicos ou, de outra forma, demonstram emoções, com fortes componente afetivo-amorosos, sem uma razão aparentemente justificável.

É importante assinalar que qualquer enfermidade traz ao paciente um estado de dependência. O doente torna-se fragilizado, debilitado, muitas vezes até mesmo seus cuidados pessoais (banho, troca de roupa, etc.) passam a ser exercidos por outras pessoas. O paciente demanda certos cuidados do médico. Essas demandas, advinda do paciente, fazem com que o médico se situe num determinado lugar, desempenhando determinada função. Dessa forma, o paciente reedita nele modelos de seus fundadores psíquicos, atribuindo ao médico determinado lugar nessa relação. Este, por sua vez, age na tentativa de suprir as expectativas do paciente.

Mediante o lugar ocupado pelo médico nessa relação, ele reagirá, não só em função das demandas do paciente, mas também em função de sua própria estruturação psíquica.

Assim como o paciente, ele também poderá projetar, deslocar certos sentimentos inconsciente no paciente. Diante, por exemplo, de pacientes poliqueixosos, há médicos que reagem com hostilidade, enquanto outros reagem apaziguando as inúmeras queixas dos mesmos. Os cuidados exigidos pelos pacientes, por ocasião da doença, provocam, tanto no próprio médico como no paciente, os mais distintos sentimentos.

Na situação tão especial de uma doença, freqüentemente o paciente desloca, para a figura do médico, uma série de vínculos, uma série de aspectos parciais muitos arcaicos contidos em seu inconsciente, mobilizando uma série de defesa e, conseqüentemete, gerando angústias e ansiedades diversas.

As mais variadas fantasias tecidas pelos pacientes sobre sua doença podem vir a modificar a apreensão do real e as ações que se lhes referem.

Todo esse processo carece de intencionalidade, bem como da possibilidade de controle, tanto por parte do médico, como por parte do paciente, pois o que se assiste é uma seqüência de repetições de conteúdos inconscientes, transformados em atos.

Há, também, certas situações nas quais determinada doença, até mesmo grave - que surge surpreendendo repentinamente e

intervindo no curso da vida de uma pessoa - pode adquirir um sentido "agradável", favorável, pois transforma as relações dessa pessoa consigo mesma e com seu mundo, fazendo desaparecer, temporariamente, todas as outras angústias. Existem pessoas que se utilizam da doença para conferir a si mesmas uma existência que não seria possível sem o adoecer. Assim, muitas vezes, o desejo de curar-se não é a meta principal de certos doentes. O desejo de reconhecimento, o desejo de existência torna-se o imperativo máximo para essas pessoas. Da mesma forma que existem esses pedidos de reconhecimento, há também outros, por vezes até mesmos velados, como os pedidos de amor, os pedidos de que a autoridade do médico se interponha como árbitro frente a determinados conflitos vividos pelo paciente.

Freqüentemente, os médico não ignora esses pedidos, e se coloca, em função de suas tendências pessoais, disponível a essa demandas dos pacientes.

*"Na maioria das vezes, médicos e doentes sabem, por uma série de convenções tácitas, que, por detrás do tratamento dado a uma doença, mesmo bem etiquetada, desenrola-se todo um jogo cujos elementos eles não conhecem. E sobre o qual é*

*melhor lançar um véu púdico ou prudente*"<sup>37</sup>.

Dessa forma, na relação médico-paciente, de ambos os lados ocorre a emergência de uma carga de sentimentos que denunciam as marcas da história de seus protagonistas. Sob esse prisma, todas as particularidades dinâmicas da relação médico-paciente, com seus significados psíquicos, definem-na em sua singularidade. Nesse encontro, compõe-se um drama, com certos papéis definidos (o médico, o paciente), a propósito dos quais há expectativas e funções bem específicas.

A Psicanálise pode, portanto, constituir um método de análise dos eventos que ocorrem na relação médico-paciente, porém não pode ser utilizada como um elemento capaz de reorganizar a relação de uma outra forma, pois isso colocaria o médico numa outra cena, da qual ele não é ator.

A consideração desse elementos possibilita ao médico compreender o que se passa em cada paciente individualmente, o que se passa na realidade interior do paciente, bem como lhe permite ter um acesso a um conhecimento sobre si próprio, enquanto indivíduo portador também de um mundo interno. Esse conhecimento favorece um relacionamento do médico com o paciente de forma mais objetiva, sem que ele deixe de ser médico.

Conquanto essa leitura possibilite uma abertura de análise no nível da relação médico-paciente, instaurando um veio de análise extremamente rico e importante para a compreensão das questões existentes nessa relação, a mesma não esgota todas as questões que nela emergem.

Muito embora a Psicanálise contribua enormemente para a compreensão das questões relativas à relação médico-paciente, instaurando os determinantes do desejo, os determinantes da estrutura psíquica do homem, faz-se necessário ampliar, mais ainda, os conhecimentos sobre a relação, pois não fazem parte desse enfoque outros determinantes. Se se considerarem as questões da relação médico-paciente no nível da Psicanálise, estar-se-á localizando e particularizando todo um universo existente nessa relação, e erigindo o enfoque psicanalítico como totalidade.

Esse enfoque, com toda a sua riqueza, não pode ser instituído como a totalidade dos problemas. Essa é uma parte da análise, mas não é toda a análise.

Não se pode circunscrever a análise das questões da relação médico-paciente apenas nesses limites.

Freud possibilita chegar aos determinantes do inconsciente, entretanto, há outros determinantes que necessitam ser buscados, para se apreender a totalidade das questões da relação médico-paciente.

Torna-se necessário trilhar novos caminhos, e, assim, ir buscar, em Marx, outros determinantes, os determinantes materiais para circunscrever essa análise numa outra dimensão.

### 3.3 - A Relação Médico-Paciente a Partir do Enfoque Social

- "... tudo que era sagrado é profanado".

- "... a burguesia despiu todas as atividades até então consideradas honradas e encaradas com reverencioso respeito, converteu o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem da ciência em seus trabalhadores assalariados".

(MARX, K. & ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista)

Sob a dupla dimensão acima citada, pode-se analisar a relação do médico com o paciente, pois todas as modalidades da ação humana são modificadas na sociedade capitalista.

Na era da modernidade, o trabalho médico vai perdendo os últimos vestígios de seu caráter sagrado. Se, por um lado, assiste-se a essa total dessacralização do trabalho médico, na época atual, por outro lado, e como desdobramento, observa-se um crescente assalariamento desse profissional, que traz, como consequência, a entrada do mesmo numa outra relação de profissão, mudando o caráter histórico do trabalho no âmbito da Medicina.

Aqui, vive-se uma contradição: embora ocorra essa dessacralização da Medicina, o médico, no seu dia-a-dia de trabalho, ainda se coloca como tendo uma atividade sagrada, pois sua visão da Medicina traz as marcas de uma herança que lhe imprime uma consciência histórica do seu papel, enquanto médico, assim como uma consciência do que seja o paciente.

Essa herança histórica não está presente apenas na consciência do próprio médico, mas em toda a sociedade.

Assim sendo, o médico, na atualidade, se reinsere em seu trabalho, mantendo uma atividade de cunho ainda sagrado, muito embora, nessa atividade, um certo nível de crítica esteja emergindo. Entretanto, apesar desse nível de crítica, continua existindo toda uma dimensão humana em seu trabalho, há toda uma responsabilidade que ultrapassa e transcende uma relação puramente profissional, e até mesmo financeira. O médico, ainda hoje, julga-se responsável pelo paciente para além de sua hora de trabalho, ele o acompanha e o assiste nas madrugadas, nos fins de semana, nos feriados.

Por outro lado, no nível do senso comum, há toda uma concepção de natureza romântica, atribuída à atividade médica, presente tanto nas representações que os pacientes tecem do ser médico como nas representações da própria sociedade. Há todo um passado, há toda uma história que se reflete na forma de se pensar

a atividade médica, a qual irá, também, influenciar diretamente a ação do médico.

Da mesma forma como existem certas determinações menos aparentes que perpassam a relação médico-paciente, já tratadas pela Psicanálise, há também os determinantes materiais, um pouco mais à superfície, os quais irão atravessar a atividade médica, afetando profundamente essa relação.

Apesar de estarem mais à superfície, nem o médico nem o paciente se dão conta desses determinantes, pois esse tipo de análise lhes escapa. Ambos se tornam incapazes de extrair, dessa realidade, seu significado real, sua essência. Dessa forma, torna-se necessária a análise da dimensão social, para a compreensão desses determinantes.

Na produção capitalista, todo trabalho tende a vincular-se ao capital, cuja a origem está na extração da mais-valia, ou seja, do trabalho não pago. Pela exploração do trabalho, obtém-se um excedente de produção, necessário à reprodução do capital. Essa exploração do trabalho obriga o trabalhador a vender sua força de trabalho, seu tempo e seu conhecimento, em função do capital.

A totalidade dos indivíduos, da família e das necessidades sociais passa a ser modelada para atender às necessidades do capital. Dessa forma, *"o capitalista transformou toda a sociedade num gigantesco mercado"*<sup>38</sup>.

38 - BRAVERMANN, H. Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX, Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1977, p.231.

A relação na vida, a relação com a vida passa a ter um caráter eminentemente material. O que define a relação entre as pessoas, o que define o trabalho das pessoas não é seu caráter sagrado, seja o indivíduo padre, médico, poeta, cientista. O que irá definir a relação entre as pessoas, a relação de trabalho, será "o barulho das moedas".

O médico, o padre, o poeta, o homem de Ciência, até então vistos com reverente respeito, "são lançados à classe trabalhadora pela condições historicamente definidas sob as quais são forçados a trabalhar"<sup>39</sup>.

Sob o capitalismo, o trabalho médico pode assumir as seguintes formas de assalariamento: o médico ser assalariado pela indústria diretamente; o médico ser assalariado de uma empresa de prestação de serviço; o médico ser assalariado, através dos esquemas de Previdência Social, pelo Estado.

Em consequência do acelerado processo de assalariamento dessa categoria profissional, uma das formas pela quais o capital penetra no setor de saúde, o médico se vê compelido a trabalhar em vários locais, para assegurar sua própria sobrevivência e a de sua família, "pois as condições sociais não lhe dão outra alternativa para ganhar a vida"<sup>40</sup>.

39 - MARSHALL, B. Tudo o que é Sólido se desmancha no Ar - a aventura da Modernidade, São Paulo, Campanha das Letras, 1989, p.113.

40 - BRAVERMANN, H. Idem. Ibidem. p.55.

Dessa forma, ele passa a ser incorporado, como parte mecanizada, "num sistema mecânico que encontra pela frente, acabado e a funcionar em tal independência relativamente a ele, a cuja leis tem de se submeter"<sup>41</sup>.

Sob essas condições de trabalho, esse profissional torna-se impossibilitado de decidir, planejar, executar e modificar suas condições de trabalho, pois as mesmas, "suas finalidades reais e seu valor não dependem do próprio trabalhador, mas do proprietário das condições de trabalho"<sup>42</sup>, ora o industrial, ora o empresário, ora o Estado.

Enquanto assalariados, os médicos perdem a posse de seus meios de trabalho, das condições de trabalho, sendo compelidos a cumprir certas normas, a dedicar determinado tempo de trabalho, a atender a determinado número de pacientes, sob um controle sistemático com "o qual o capitalista adquire poder, virtualmente irrestrito, de determinar os modos técnicos de trabalho"<sup>43</sup>.

Sua maleta de médico já não o acompanha. Ela o espera no local de seu trabalho. Os aparatos médicos, seus instrumentos de trabalho, existem, portanto, em função das necessidades ora da indústria, ora da empresa, ora do Estado. Assim sendo, a partir desse momento, o médico irá submeter-se a essa exigências, bem como às possibilidades dos aparatos colocados à sua disposição, a

41 - LUCKAKS, G. História e Consciência de Classe, estudo da dialética, Porto, Publicações Escorpião, 1974, p.103.  
42 - CHAUI, M. O que é Ideologia, São Paulo, 1980, p.55.  
43 - BRAVERMANN, H. Idem. Ibidem. p.62.

122.

fim de oferecer um tratamento segundo aquilo que eles lhe forneçam. O médico torna-se apenas um intermediário da indústria, da empresa, do Estado.

Sob essas condições de trabalho, há uma aceleração ou um prolongamento da jornada de trabalho. Assim sendo, o médico se vê compelido a trabalhar em vários locais, prolongando sua jornada de trabalho e intensificando o uso de sua força de trabalho, para ter uma remuneração mais digna, o que gera a proliferação de atos médicos indiscriminados.

Sob essas condições de trabalho, pode ocorrer uma deterioração da assistência médica prestada aos pacientes, pois o médico se vê obrigado a desempenhar um excessivo acúmulo de tarefas, o que pode comprometer seu trabalho. Essa deterioração está refletida por exemplo, no tempo de atendimento do paciente, no número de pacientes a ser atendidos.

Essa intensificação da jornada e do uso da força de trabalho gera, por outro lado, o atendimento a um maior número de pacientes. Em geral, a grande maioria da clientela médica é constituída pela população trabalhadora. Assim, *"uma das especificidades desse tipo de atendimento consiste em responder com maior facilidade às exigências do sistema, pois, através do reparo da mão-de-obra, possibilita o retorno imediato do trabalhador na produção"*<sup>44</sup>. As intervenções médicas passam a ser

44 - POSSAS, C. Saúde e Trabalho: a crise da previdência social, Rio de Janeiro, Ed. Graal, p.19.

rápidas e sintomáticas; os atendimentos se resumem em sua grande maioria, ao atendimento de sintomas; trata-se, portanto, de um paliativo - um reparo provisório.

O fundamental, para esse tipo de sociedade, é não só a incorporação de mão-de-obra no processo produtivo, do ponto de vista quantitativo, mas assegurar que essa mão-de-obra seja cada vez mais produtiva, para que cada vez mais se possa reduzir o tempo de trabalho no processo produtivo, em relação a cada unidade de produto. Como consequência, o trabalhador necessita estar não somente cada vez mais bem preparado tecnicamente para a produção e mais habilitado, como também em condições de realizar melhor essa produção.

Entre as condições de se realizar melhor a produção, necessariamente está a exigência de ser esse trabalhador um indivíduo saudável. Torna-se imperativo que o mesmo não deixe o local da produção por questões de doença, por questões de stress. É fundamental que essa mão-de-obra esteja em condições biológicas adequadas para o exercício de seu trabalho.

Entretanto, somente o indivíduo impedido de realizar temporariamente determinada atividade, "por um defeito de peça", merece ser tratado. Caso esse indivíduo caia doente e sua doença não seja rapidamente reparável, o que o espera é uma aposentadoria precoce.

A empresa capitalista busca, no homem, os instrumentos de trabalho; ao setor produtivo, interessa que o homem tenha pés, mãos, olhos, ouvidos. Interessa, portanto, aquele homem que tenha instrumentos que possa auxiliar na produção. Nesse sentido, o Homem foi despojado de sua alma, de seus desejos, de seus anseios.

Isso muda a configuração da visão a respeito do Homem. O indivíduo deixa de ser um homem em sua dimensão ontológica, visto desde a História da cultura humana, passando a ser um mero componente de um processo de trabalho. É essa parte dele que interessa à empresa capitalista. O Homem e a máquina, assim sendo, passam a ter a mesma identidade ontológica, pois são componentes do mesmo ser produtivo.

Ora, à medida que a Medicina se torna incorporada ao processo de trabalho, o que a empresa capitalista espera do médico? Ela espera que o médico seja esse restaurador competente da mão-de-obra parcial, afastada do trabalho devido a um defeito provisório. Essa empresa não se interessa pelo tratamento dos indivíduos com problemas familiares, nem dos indivíduos com problemas em sua velhice. Seu interesse fundamental é a restauração daquele defeito provisório; é a restauração de um dedo quebrado, de uma mão quebrada, é o tratar de um mal súbito, enfim, é o tratar de algo que possa ser imediatamente recuperado, para que o indivíduo seja recolocado novamente na linha de produção.

Assim como se torna necessária tratar de algo que possa ser imediatamente recuperado, para que o indivíduo seja recolocado na linha de produção, é necessário fazê-lo num tempo hábil. Importa que o médico seja um competente restaurador dessa mão-de-obra. Para atender num tempo hábil e de maneira competente, ele necessita ser um especialista. Assim, executa uma única função, especializando-se nessa operação. Ora, ao repetir continuamente determinada ação, chega-se ao resultado desejado num tempo *record*, e com o mínimo de esforço. Dessa forma, há um acréscimo do rendimento do trabalho, pois sua atividade se concentra numa única operação parcial, sendo o fluxo do trabalho contínuo.

Considerando essa forma de trabalho, pode-se compreender que função cumpre o crescente surgimento das várias especializações e subespecializações, na prática médica.

Não se pode negar o avanço exponencial do conhecimento médico que traz consigo a necessidade das especializações. A cada momento, surgem novas descobertas, o que, por um lado, possibilita um tratamento eficaz das doenças. Contudo, esse fenômeno tem outras implicações:

*"numa perspectiva ideológica, em função do mecanismo que impôs a parcialização abstrata do objeto global, a especialização decorreu de um esquema*

*contraditório que aprofunda o conhecimento específico e atenua o conhecimento holístico; numa dimensão econômica, a especialização decorreu das necessidades de acumulação do capital, que exigiu a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão do trabalho*<sup>45</sup>.

Ao especializar-se, o médico passa a ter um conhecimento específico, e seu agir se faz através de operações fracionadas. Os médicos vão-se especializando em diferentes tarefas, e as mesmas assumem um caráter cada vez mais parcial e limitado. O paciente deixa de ser visto como um sujeito, passando a ser visto, em dado momento, como um fragmento de si mesmo: um coração, um estômago, um rim, etc.. Em outros momentos, o paciente passa a ser visto como uma doença, um fragmento doente de si mesmo, uma cardiopatia, numa nefropatia, uma pneumopatia, uma uropatia, etc., ou seja, a doença de um órgão. Isola-se uma parte, que é tomada como o todo, e até mesmo como distinta e independente das outras partes.

Não é raro acontecer de certas anomalias severas, dilacerantes como uma acromegalia, um mongolismo, um gigantismo,

45 - MENDES, E.V. A Evolução Histórica da Prática Médica: suas implicações na pesquisa e na tecnologia médica. PUC-MG/FIINEP, Belo Horizonte-MG, 1984, p.28.

doenças endócrinas aberrantes serem vistas como curiosidades, como "casos médicos". Nessa dimensão, a Medicina especializada é iatrogênica, mas, ao capital, não interessa saúde ou doença e, sim, produtividade.

Ao desenvolver uma única especialidade, depois de certo tempo, o médico está apto a realizá-la num período de tempo menor, seus instrumentos tornam-se restritos aos exames da especialidade que lhe diz respeito; o mesmo adquire maior destreza na referida atividade. Assim sendo, aumenta a possibilidade de que um maior número de pacientes seja atendido num espaço de tempo menor.

Sendo especialista, atende mais rapidamente, indo direto ao órgão doente, na tentativa de eliminar os sintomas mais imediatos, sem, contudo, atentar para as causas. Sendo especialista, adquire maior destreza e eficácia, porém é um atendimento de caráter parcial, limitado.

Dessa forma, a especialização, ao manifestar-se sob o campo médico, propicia uma troca entre a globalidade do objeto de sua prática e a parcialização desse objeto. Ao parcializar o objeto de sua prática, o médico perde a visão do todo, seu conhecimento torna-se restrito a certas áreas específicas, causando uma atrofia em sua visão de totalidade.

Diante dessa realidade, não só o trabalho é dividido, sendo suas diferentes frações distribuídas entre os indivíduos, mas o próprio indivíduo é mutilado e transformado num aparelho

automático de um trabalho parcial. Torna-se, assim, realidade a fábula absurda de Menenius Agrippa, que transforma um homem em um mero fragmento de seu corpo.

*"Na medida em que é destruída a unidade orgânica do processo vital e do trabalho, também é destruída a unidade orgânica do indivíduo que trabalha: ele próprio é dividido"*<sup>46</sup>.

Essa divisão social e técnica do trabalho, que fragmenta o saber, criando várias especialidades e subespecialidades, ao penetrar no trabalho médico, mutila o paciente, o qual passa a ser visto como um fragmento de si mesmo, porém mutila também os agentes dessa prática, ou seja, os médicos. Esses passam também a serem reduzidos a uma parcela de si mesmos, uma vez que restringem sua função, sua criatividade, seu conhecimento a uma tarefa parcializada, ou seja, a uma única especialidade.

Dessa forma, o médico passa a ser um trabalhador comprometido também com um certo nível de produção, que consta, portanto, da realização do maior número possível de restauração dessa mão-de-obra viva, que está no interior da empresa; pois, se para as máquinas, equipamentos, ou seja, para o capital morto, há mecânicos para recuperá-los, há o setor de reposição de peças na fábrica, o médico deve, por sua vez, restaurar, cuidar da parte do capital vivo, isso é, da mão-de-obra viva.

46 - SCHNEIDER, M. Neurose e Classe Sociais: uma síntese freudiano-marxista, Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1977, p.224.

Assim, ele não irá ser contratado para cuidar de doentes, mas para dar um determinado tempo de trabalho numa determinada indústria, empresa, instituição. Ele será contratado em função de um tempo de trabalho. A partir de então, irá vender sua força de trabalho. Não é, portanto, o trabalho que o médico está vendendo, ele está vendendo é sua força de trabalho.

Ora, isso muda radicalmente a configuração do trabalho médico e a própria função social da Medicina.

A constatação dessa realidade torna-se importante para identificar a crise da relação médico-paciente, pois não se pode compreender a totalidade da mesma sem trazer à tona essas questões. Essa crise traz em seu bojo, a realidade concreta do trabalho médico atual, perpassada por uma tradição histórica da Medicina que a elevava a uma dimensão sagrada. Assim, ao médico caberia cuidar do Homem, cuidar do bem-estar da Humanidade. Entretanto, na atual relação concreta de trabalho, o médico não realiza essa dimensão sagrada da Medicina, pois o mesmo lida é com o nível de materialidade, de interesses materiais.

Certamente, o médico está num profundo conflito, pois não consegue realizar inteiramente nem uma coisa, nem outra. De certa forma, se vê nessa posição e, ao se vê nessa posição, percebe que não consegue cumprir aquilo que a ética médica determinava que ele deveria cumprir, nem aquilo que o senso comum da sociedade esperava que ele cumprisse.

Ele está, dessa forma, profundamente insatisfeito, pois, na realidade, não consegue ser totalmente médico, nem consegue assumir a posição de assalariado, isto é, o médico não consegue ser simplesmente alguém que trabalha por um determinado salário.

A partir desse momento, passa a viver num profundo conflito consigo mesmo, com sua profissão, na relação com o paciente.

Esse conflito tem ocorrido porque essa dimensão que determina essa nova forma de trabalho, essas novas relações sociais da sociedade capitalista, essas novas exigências técnicas, essa perda do caráter histórico da Medicina não está clara nem presente para os médicos, nem tampouco para as Escolas que formam médicos.

Assim sendo, torna-se necessário não apenas trazer à tona os conflitos internos de natureza psicológica, mas denunciar, também, os conflitos produzidos pela dimensão da nova realidade social na qual estamos vivendo, à época moderna.

DA PERDA DO HALO À PERDA DO ROSTO:  
A ARTICULAÇÃO ENTRE A OBJETIVIDADE DA CIÊNCIA  
E A SUBJETIVIDADE DOS ATORES DA RELAÇÃO  
MÉDICO-PACIENTE

#### 4 - DA PERDA DO HALO 'A PERDA DO ROSTO - A ARTICULAÇÃO ENTRE A OBJETIVIDADE DA CIENCIA E A SUBJETIVIDADE DOS ATORES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Houve um tempo em que se chamavam doutor Paulo, doutor Pedro, doutor Ricardo, ... agora são chamados o cardiologista, o endocrinologista, o pediatra, o oftalmologista ...

O Paulo, o Pedro, O Ricardo, agora ... ninguém! Muito embora esses não sejam seus nomes, foi preciso chamá-los assim, pois várias são as especialidades, e o hospital é grande, muitas são as pessoas que nele trabalham, muitos são dos doentes, então, torna-se necessário setorizá-lo por clínicas, por grupos de especialidades, para que o médico possa ser identificado.

Houve, também, um tempo em que se chamava "seu Zé", "seu João", "dona Maria", "dona Benedita", agora são chamados ficha número oito, cartão vinte e dois, aquela cardiopatia, leito quatrocentos e dois, aquele abdômen agudo.

O Zé, o João, a Maria, a Benedita, agora ... ninguém! Muito embora esses não sejam os seus nomes, também assim os nomearam para que se tornasse possível atestar sua doença, tratá-la, conceder-lhes licenças médicas, atestar seu óbito, pois muitas são as pessoas a serem tratadas, muitos são os doentes que necessitam de assistência médica.

Para fazer face ao grande volume de atendimentos, há toda uma burocratização da sociedade. São criadas grandes instituições, para garantir o controle e a administração de toda a vida social; por exemplo, as grandes empresas de saúde, a empresa multinacional, os grandes Estados, a internacionalização da Economia.

Nessas instituições, os indivíduos perdem sua identidade, sendo criadas outras identidades que tentam resgatar a homogeneidade, a unicidade do ser, que é diverso. Os indivíduos perdem seu próprio nome e se tornam números, assim como a doença. O que importa é o cardiologista, e não o doutor Paulo; qualquer que seja seu nome, isso não conta; o que importa é aquele abdômen agudo e não o senhor José.

É um tempo de grandes mudanças: novos são os espaços do viver, novas são as exigências para o viver.

As relações estáveis, sólidas, definidas do homem para consigo mesmo, do homem para com os outros homens são dissolvidas, despedaçadas, tornando-se relações voláteis, efêmeras, que se desmancham no ar.

Todos se vêem lançados nessa corrente de vida desenfreada, num ritmo de vida impiedoso, imposto pela exigências da modernidade.

As possibilidades humanas são destituídas de sentido, sendo estimuladas apenas aquelas úteis ao mercado. Assim,

"as disponibilidades, impulsos e talentos que o mercado pode aproveitar são pressionados (quase sempre imaturamente) na direção do desenvolvimento e sugadas até a exaustão; tudo o mais em nós, tudo o mais que não é atraente para o mercado é reprimido de maneira drástica, ou se deteriora por falta de uso ou nunca tem a chance real de se manifestar"<sup>47</sup>.

Sob os ditames da vida moderna, o homem se vê transformado, sendo reduzido a um mero objeto de produção, sendo todas as suas infinitas possibilidades dirigidas a um único fim - gerar mais riqueza. Todos os empreendimentos são transformados em meios que possibilitem acumular capital, armazenar excedentes, tornado-se transitórias as relações.

E' nesse novo "script", no "script" da modernidade, que médico e paciente entram em cena, sendo esses atores forçados a seguir certas normas, que os despoja de seus desejos, de seus talentos, de sua criatividade, ou seja, os mesmos são dessubjetivados.

47 - BERMAN, M. Idem, Ibidem, p. 95.

Nesses termos, o doente, despossuído de sua subjetividade, torna-se uma doença, que necessita ser objetivada, para ser considerada, tratada, para ser discutida como caso médico.

Todos os diversos significantes atribuídos à doença, ao adoecer, enunciados pelos pacientes em seus discursos são drasticamente reduzidos, pois somente o que é articulável num dado sistema conceitual poderá ser objetivamente tratado.

Dessa forma, o sujeito torna-se uma doença passível de ser codificada. Ele já não é mais um doente, mas uma doença; já não é mais o sujeito, mas um operário, um funcionário público, um professor, que necessita de cuidados médicos.

Assim, diante da exclusão da subjetividade, funda-se a institucionalização da doença. O doente é despojado de sua doença individual, pessoal, passando a ocupar um lugar no quadro da "classificação internacional da doença" (CID).

Destarte, o doente é interpelado, recebendo uma denominação que demarca a posição a ser ocupada por ele, no discurso tido como oficial.

O doente é dissolvido, é pulverizado, é despedaçado em sua subjetividade, sendo reificado num modo institucional que o reconstitui, de acordo com suas próprias normas. Ele é enquadrado numa taxionomia que destaca a doença do doente, e esta se torna a máscara a partir da qual ele será identificado. Vários grupos de

doenças são instituídos, viabilizando a classificação e o fichamento das mesmas. Decorrente desse fato, passa a existir um grupo de doença, que é

*"composto por diferentes processos patológicos e orgânicos em diversas partes do corpo ... um segundo grupo, que é formado por doenças identificáveis por sinais e sintomas relacionados a uma causa identificável ... e o terceiro grupo, por um único sintoma"<sup>48</sup>.*

Sob a chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS), parece haver uma pretensão de classificar, normatizar e medicalizar todo o viver.

Torna-se importante assinalar, que nesse sentido, as questões relativas a saúde e doença deixam de ter uma dimensão subjetivas, passando a ser tratadas de forma eminentemente objetiva, não apenas circunscritas a uma região geográfica, específica, num determinado país.

Essas questões passam, então, a ser tratadas em nível internacional. As doenças passam a ter um tratamento estatístico. Surgem levantamentos estatísticos das várias doenças, retratando,

48 - LANDMANN, J. Medicina não é Saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte, Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1983, p.51.

por exemplo, a incidência das mesmas nos vários países. As doenças passam a ser tratadas de forma universal, sendo o doente categorizado enquanto doença, que é referida de maneira generalizada, numericamente considerada. Então existem os aidéticos, os diabéticos, os cardiopatas, identificados pelos relatórios estatísticos. As estatísticas surgem como uma "bola de cristal", a predizer os futuros aidéticos, os futuros diabéticos, os futuros cardiopatas, bem como os futuros mortos e vivos do ano 2000.

Através de sua pretensa objetividade, a Ciência resgata seu caráter profético: tal qual a Pitonisa da Grécia, ela descortina o futuro, porque detém consigo a chave da história.

Nesse mundo das previsões, essa "mágica" é aterrorizadora, pois as doenças, preexistentes, surgem como que girando desenfreadamente fora do controle das pessoas, ameaçando e assustando a todos dos indivíduos. Antecipadamente se sabe pelos dados estatísticos, quanto serão os mortos em acidentes de carro no próximo mês, no próximo ano. Antecipadamente se sabe quanto serão os atropelados na semana que vem, no mês que vem, depois e depois. Assim, as pessoas são colocadas "tête-à-tête" com a angústia da morte. O doente passa a ser considerado não apenas em função da doença, mas numericamente; o mesmo é predito, antes mesmo de ser.

Para tornar possível o tratamento estatístico, todas as doenças são codificadas. Em geral, esses códigos são apensos aos doentes. Assim, há códigos para tudo, desde a "demência senil simples (290.0/9) até os retardos das crianças em seu aprendizado (código 315.2/6), desde o enfarto agudo do miocárdio (410.9/2) a todas as formas de insuficiência cardíaca, até a não especificada (428.0/3)."

"A codificação estende-se a sintomas e sinais não definidos (780-789) como, por exemplo, dificuldade de alimentação e erros na administração de alimentos (783.3/6). Há até uma previsão para acidentes não especificados em ocupantes de nave espacial (código 1841.0/1). E até o suicídio é codificado (1950 a 1951). O controle de rotina da saúde infantil tem um número 2020.0/2; a supervisão da gravidez normal (2022.1/5); a assistência e o exame de rotina após o parto (2024.2/8). Há um código para crianças vivas e sadias (2030.9/2), para problemas de comportamento (2040.3"0), para falta de habitação adequada (2060.1/6); para

*indivíduos vivendo sozinhos (2060.3/2); para problemas conjugais (2061.1/3) e para problemas com pais e sogros (2061.3/0). Há até um código para pessoas que recusam tratamento médico por motivos religiosos ou outros (2062.6/1)."<sup>49</sup>*

Essa normatização passa a estar sempre presente em nossas vidas. Desde o momento da concepção ao nascimento, numa maternidade, até nossa morte num hospital, num asilo. Desde os exames pré-natais até a investigação da autópsia. Esse controle ultrapassa nossas vontades, nossos anseios, nossos desejos, que devem ser reprimidos.

Dessa forma, vida e morte passam a ser normatizadas, controladas, categorizadas, definidas, como existindo por si, despossuídas de suas personagens.

Os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente (sobretudo a angústia), que surgem como reivindicações permanentes e tagarelas, denunciadoras do SER, necessitam ser imediatamente silenciados, pois se tornam carentes de interpretações científicas. O doente passa a ser definido pela doença. Assim, a nomeação, a codificação, o diagnóstico da doença marcam a perda da identidade do doente.

Da mesma forma que as pessoas passam a existir na sociedade moderna a partir de um número, de uma carteira de identidade, de um número de CPF, de um número de uma carteira profissional, assim também a doença é identificada por um número, por um código. As pessoas, nessa sociedade, existem por meio dele, ou seja, pelo código que possuem. A cidadania depende de se estar codificado. Quando se está codificado, entra-se num arcabouço de uma identificação burocrática. Essa burocratização surge como uma das exigências da modernidade. É pela burocratização da doença que se torna possível reconhecer o doente. É fundamental essa codificação para se ser reconhecido, não só como cidadão, mas como cidadão doente. Esse reconhecimento só será obtido, se se portar um número ou um código.

Assim como o paciente só existe enquanto doença, enquanto um código, um número, o médico também passa a existir em sua referência constante ao sabor médico. Ele existe como o especialista, como um funcionário de ordem médica. Portanto, ele não é o doutor Paulo, é o gastroenterologista, ou o médico do aparelho digestivo; não é o doutor Renato, mas o nefrologista, ou o médico dos rins.

Eles só existem enquanto instrumentos do discurso médico. O médico, destituído de sua subjetividade, é destituído do seu próprio conhecimento, do seu próprio saber. Quem sabe é o cardiologista, e não o doutor José. Até mesmo suas relações

diretas com seus pacientes são mediatizadas por códigos. O código surge como algo externo, e é tão externo ao próprio médico como ao próprio paciente. A medida que não pode, inclusive, lidar nem com seus conhecimentos próprios nem com suas relações diretas com os paciente, o médico torna-se despojado de si, enquanto sujeito.

Diante da exigência da pretensa objetividade científica, o discurso médico só poderá existir em referência a esse saber, a um saber cientificamente reconhecido. O que vale é a objetividade da Ciência. Para que a mesma possa ser assegurada, o sujeito médico necessita ser dessubjetivado, o sujeito deve ser incinerado.

A relação médico-paciente, a doença, mediadora privilegiada, que propicia o encontro do médico com o paciente, deve ser tratada de forma realmente científica.

Entretanto, que característica deve ter aquilo a ser tratado cientificamente? Ora, KANT já havia pensado essa questão. Para ele, três são as características que asseguram o caráter de cientificidade do conhecimento: a universalidade, a objetividade e a necessidade.

Assim sendo, o conhecimento científico deve ter universalidade, portanto, esse não poderá nunca ser de uma coisa particular, de uma coisa singular. Uma "dor no peito", "uma fígada no coração" é algo singular; então, isso não é científico. Torna-se necessário encontrar um modo de representar essa dor, uma

"fisgada no coração", para que a mesma tenha universalidade. É necessária uma forma de representação dessa dor, para que mesma tenha validade universal, isto é, para que tenha validade, para indivíduos diferente, em circunstâncias diferentes, em momentos diferentes, em lugares diferentes.

Essa universalidade deve ser garantida por uma certa objetividade; daí o caráter científico se opor a subjetividade. Nessa dimensão, a doença tem, necessariamente, de perder o caráter subjetivo. Ela necessita deixar de ser uma doença em alguém. A doença necessita ser uma doença, ou seja, algo externo ao doente.

A doença não poderá ser vista como sendo alguém que está doente, com essa ou aquela doença. Ela passa a ter uma existência fora do doente. O doente foi surpreendido por uma doença, seu adoecer inexistente. O doente não é doente; ele está doente. Ele é adoecido por determinada doença. Esta tem uma existência própria, como algo externo que poderá atacar, contaminar alguém. Assim, como algo externo que ataca as pessoas a doença torna-se algo que poderá ser também retirado objetivamente.

O outro caráter que dá reconhecimento ao conhecimento científico é a necessidade. A necessidade a que se refere KANT não é a necessidade de ordem subjetiva, é a necessidade científica. A mesma se opõe ao contingente, ao ocasional. O necessário se coloca, nessa concepção, como aquilo que é universalmente imposto. O científico é aquilo que necessariamente só pode ser definido de

uma determinada forma, de uma determinada maneira. Então, esse tríptico caráter da cientificidade - a universalidade, a objetividade e a necessidade - dão garantia a cientificidade do saber médico, assim como dão garantia a cientificidade do tratamento.

Ora, o domínio dessa objetividade da Ciência é um domínio próprio dos especialistas. Somente eles são capazes de conhecer e interpretar, segundo tais critérios, determinado fenômeno. Somente o especialista é capaz de conhecer e interpretar o fenômeno da doença de um determinado paciente.

Isso exige que se passe do fenômeno (por exemplo um "fisgada no peito") à essência, do particular ao geral, do empírico ao abstrato.

Esse é um fato que se generalizou na época moderna, que se tem nutrido de várias fontes; várias têm sido as fontes que alimentam o turbilhão da vida moderna:

*"grandes descobertas nas ciências físicas, com a mudança da nossa imagem do universo e do lugar que ocupamos nele; a industrialização da produção, que transforma conhecimento científico em tecnologia, cria novos ambientes humanos e destrói os antigos, acelera o próprio*

ritmo de vida, gera novas formas de poder corporativo e de luta de classes; descomunal explosão demográfica, que penaliza milhões de pessoas arrancadas de seu habitat ancestral, empurrando-as pelos caminhos do mundo em direção a novas vidas; rápido e muitas vezes catastrófico crescimento urbano; sistemas de comunicação de massa, dinâmico em seu desenvolvimento, que embrulham e amarram, no mesmo pacote, os mais variados indivíduos e sociedades; Estados nacionais, cada vez mais poderosos, burocraticamente estruturados e geridos, que lutam com obstinação para expandir seu poder; movimento sociais de massa e de nações, desafiando seus governantes políticos ou econômicos, lutando para obter algum controle sobre suas vidas; enfim, dirigindo e manipulando todas as pessoas e instituições, um mercado capitalista mundial, drasticamente flutuante, em permanente expansão. No Século XX, os processo sociais que dão

*vida a esse turbilhão, mantendo-o num perpétuo estado de vir-a-ser, vêm a chamar-se "modernização"*<sup>10</sup>.

Os fenômenos que ocorrem nesse turbilhão de vida moderna não ocorrem de forma particular, mas estendem-se a todos os setores da sociedade. Assim sendo, eles se refletem, também, no campo da Ciência e no campo específico das Ciências de Saúde, portanto, da Ciência Médica.

Como consequência, a Ciência teve de produzir uma linguagem que pudesse traduzir a objetividade do conhecimento científico. Assim, a linguagem usada para traduzir essa objetividade necessita ter o caráter da universalidade, de objetividade e de necessidade. O domínio dessa linguagem é o domínio de quem é cientista.

Ora, assim como a doença foi retirada do doente, tornando-se algo externo a ele, o conhecimento da doença foi retirado do sujeito médico. O conhecimento da doença torna-se, também, algo externo, que é universalizado, que se pode ensinar, que se pode transmitir. Existe, a priori. Portanto, o médico pode ser ensinado a respeito da doença, através de certos mediadores, em que esse registro já está pronto. Assim, o conhecimento da doença é um conhecimento que depende do conhecimento do modo

simbólico de representar a doença. Ou seja, o conhecimento da doença só poderá ser feito por aquele que detém o conhecimento da linguagem da doença.

A linguagem torna-se, dessa forma, o elemento mediador, o instrumento mediador entre o médico e o paciente. Essa linguagem não é uma linguagem própria do sujeito médico, ela está referendada ao saber médico, ao corpo médico à instituição médica. Nessa dimensão, o médico só se autoriza médico por, ser o menos possível ele próprio. É essa linguagem o instrumento mediador entre o médico e o paciente. Ou seja, não uma linguagem que surge a partir de seu conhecimento próprio, de seu conhecimento particular, enquanto sujeito médico, nem como uma linguagem que surge a partir do conhecimento próprio do sujeito doente. É uma linguagem externa a ambos.

Como consequência, o médico necessita estar o tempo todo traduzindo a linguagem do doente e a sua própria linguagem para a linguagem "objetiva" da Ciência.

O médico precisa traduzir aquilo que o paciente está dizendo e aquilo que ele também tem para dizer para uma linguagem científica, pois ele só existe em sua referência constante ao saber médico. A linguagem do médico necessita ser a linguagem da Ciência, para ser legitimada.

Ora, a partir desse momento, evidencia-se a impossibilidade do diálogo entre o médico e o paciente. Na

realidade, ambos são detentores de uma linguagem antagônica; os mesmos falam, um diante do outro, como duas pessoas que falam línguas estrangeiras, integralmente diferentes.

O doente está falando alguma coisa, a qual necessita passar por um filtro de tradução, para ser reconhecida pelo médico. Ou seja, torna-se necessária a tradução da linguagem do paciente para uma outra linguagem, para uma linguagem científica. Quando o médico fala ao paciente, desde sua própria língua, esta soa como uma nova língua, como uma língua estrangeira, assim, a comunicação entre ambos se impossibilita.

Entretanto, o médico está em melhor condição de traduzir essa linguagem, pois ele, enquanto sujeito, reconhece a linguagem do sujeito paciente; entretanto, enquanto médico, só intervém e só fala enquanto instrumento da ordem médica, seu saber passa a ser referido ao saber médico. Por mais que reconheça a linguagem do paciente, torna-se necessário que o médico fale desde seu lugar de médico. E, ao falar desde esse lugar, fala ao paciente uma língua estrangeira. O paciente, ao não reconhecer o discurso médico, é incapaz de fazer a tradução desse discurso para o discurso que lhe é próprio.

Diante desse obstáculo, o doente, além de estar sob a condição de doente, também é aquele "incapaz" de entender naturalmente o médico.

Na realidade, para que o paciente entendesse o médico, seria necessário que este tivesse o cuidado de esclarecer para aquele a sua doença, o contido nos exames, e até mesmo aquilo que estaria contido em sua ficha. Nesse sentido o médico seria um alfabetizador desse doente. Somente assim, o paciente poderia entender, por exemplo o código 365/1.7, pois esse é um código para os iniciados. A todo o momento, o médico necessitaria de fazer a tradução, para tornar possível, ao paciente, a compreensão desse discurso. Ora, esse seria um trabalho bastante árduo, penoso e impossível.

Por sua própria condição de médico, a ele já se impõe estar sempre traduzindo a linguagem do paciente para uma linguagem objetivamente universal, portanto, científica. Seria impossível exigir dele outro tipo de tradução, a tradução inversa.

Assim, há uma ruptura no diálogo médico-paciente. Esse diálogo torna-se impossível. Essa relação não é uma relação passível de ser estabelecida como uma relação de diálogo, pois médico e paciente estão em frente um do outro, numa posição de oposição.

Entretanto, é o médico que está de posse dessa forma de aproximação do doente. A universalização da doença lhe dá essa possibilidade de aproximação com o doente. Essa universalização legitima essa forma de agir do médico. Numa relação em que essa universalização da doença não existe, o que garantirá a ação do

médico, o que legitimaria sua ação frente ao doente seria o próprio resultado da ação, isto é, seria sua capacidade de resolução do problema que enfrenta curar; ou não curar o doente.

Entretanto, no momento em que estabelece esse nível de objetividade da Ciência e essa universalização, o médico é despojado de seu conhecimento, ou seja, ele é despojado do conhecimento daquilo que está acontecendo em sua relação com o doente, pois tem uma referência externa a ele. É essa que vale.

Ao objetivar a doença em uma classificação externa, ao objetivá-la num livro que se pode tomar a qualquer momento para consultar e, à medida que o médico é obrigado a analisar a classificação da doença, sem, contudo, analisar o conteúdo da doença, ele vai sendo despojado da Ciência.

A Ciência torna-se uma farsa. O conhecimento deixa de ser importante, assim, não é ele que é importante e, sim, a possibilidade de se encontrar uma classificação satisfatória para essa ou aquela doença. Nessa dimensão, a ação do médico deixar de ser julgada em função do resultado dessa ação, de seu objetivo, que deveria ser a cura da doença. Agora, a ação do médico estará sendo julgada em função de sua capacidade de objetivar a doença, de atribuir-lhe uma classificação. O importante é colocar o doente realmente numa determinada classificação, que seja universalmente aceita e reconhecida. A relação do médico com a doença passa a ser burocratizada.

Para que sua ação tenha validade, para que o médico tenha convicção de que sua ação foi correta, ele necessita encontrar respaldo numa classificação, externa a ele. Esse respaldo só será obtido na Instituição Oficial, que dá ao médico a garantia de que sua ação foi correta. Entretanto, quem cria essa legitimidade é o Estado. Quem garante o médico na Justiça, quem garante o médico na Lei, quem assegura ao médico a possibilidade de fazer essa classificação é uma Ordem Institucional, que vai desde a formação do médico até as políticas de saúde, que o Estado financia, até os Órgãos Institucionais de tratamento da doença, como o INAMPS, enfim, até todas as formas institucionais de lidar com a doença, que passam a ser garantidas pelo aparato jurídico da sociedade chamado Estado.

Portanto, em última instância, o Estado torna-se o legitimador da ação médica, dá ao médico a garantia da certeza de sua ação. Então, a ação do médico não será julgada pelo seu efeito e, sim, pela forma através da qual, ele seguiu as normas estabelecidas. O médico necessita estar respaldado pela forma institucional de agir, pois o que será julgado é a forma como ele classificou a doença, como ele atestou o óbito. O que será julgado é se o tratamento prescrito seguiu as normas estabelecidas pela Instituição Médica.

Nessa realidade, o médico é também despojado do conhecimento científico, em função do qual ele já não age agora.

Ele não age de acordo com sua identidade, com seu sentimento, com seu interesse de tratar determinada doença. Agora ele age determinado por regras externas a ele; o médico age em função dessa regras.

Inicialmente, a linguagem surge como um instrumento mediador da relação médico-paciente, que impossibilitava a comunicação direta entre ambos. O médico, também dessubjetivado, acredita alcançar a subjetividade do conhecimento científico. No momento em que ele acredita haver alcançado a objetividade do conhecimento científico, através da universalização desse conhecimento, através de sua possibilidade de colocar todas as doenças no nível de uma necessidade universal, o médico descobre que foi despojado do conhecimento. O conhecimento passa a existir *a priori*, está catalogado, não é um conhecimento gerado em função de sua aproximação com o doente, não é gerado nessa relação. É um conhecimento que existe em função de um catálogo de doenças, que é colocado externamente a ele. Portanto, o médico irá aprender muito mais sobre as doenças nos "catálogos de classificação das doenças" do que frente ao doente. O médico irá apreender as doenças despossuídas dos doentes. O doente será apenas "um caso" de exemplificação daquilo que está contido no texto, nos livros, nos registros. É possível que, na própria formação do médico, o paciente seja apenas um caso de exemplificação. A doença como uma entidade externa ao doente. Aprende-se sobre a doença, toma-se

aula sobre a doença, depois se verifica essa doença num caso concreto que se ajuste àquela teoria aprendida no texto, na aula.

Ora, o que ocorre, portanto? O médico já está despojado de sua subjetividade, pois o discurso médico assim o exige; mas acredita estar de posse de um conhecimento científico; entretanto, agora descobre que está também despojado desse conhecimento.

O conhecimento científico que o médico possui é o mesmo em qualquer lugar; a arte de curar foi abolida desse personagem. Portanto, o maior ou menor conhecimento médico não se dá pela capacidade que o médico tenha de fazer um diagnóstico, nem pela arte que ele tenha de tratar dos doentes. Esse conhecimento é avaliado pela quantidade de códigos que o médico é capaz de aplicar, isto é, pela capacidade de informações que ele detiver a respeito das formas de catalogação das doenças, no mundo da Ciência Médica.

Assim, o médico se sente também despojado de sua Ciência.

Agora médico e paciente estão despojados de sua subjetividade; um e outro estão despojado da possibilidade de um diálogo concreto; o médico está despojado do conhecimento de sua própria Ciência, e ambos estão agora um diante do outro.

Apesar de todo esse despojamento, na realidade concreta, ambos continuam tendo desejos, vontade, anseios, continuam vivos em seu ser subjetivo. A dor no peito que o paciente sente é dor no

peito mesmo; o aperto no coração que o paciente sente é um aperto no coração mesmo. O médico, por sua vez, tem mesmo toda uma vontade de tratar do paciente; tem o desejo de ver o paciente curado, e não simplesmente de poder dizer publicamente: - "Eu segui as regras, mas o paciente morreu". Não. O médico quer ver o paciente curado de fato. Conseqüentemente, há todo um empenho de subjetividade. Ambos têm um empenho para a ação, mas são limitados por regras externas. Essa realidade produz uma profunda insatisfação, tanto no paciente quanto no médico. Ambos se encontram profundamente insatisfeitos nessa relação. Nem o paciente pode SER paciente na frente do médico, nem o médico pode SER médico na frente do paciente. Ambos acabam instaurando-se como des-sujeitos; ambos acabam instalando-se como sujeitos neutros, falando coisas externas a ambos: O médico, falando de uma Ciência que ele não tem; o paciente, falando de uma doença que não é a sua. Assim, ambos começam a procurar outros caminhos em que sejam possível o emergir desses sujeitos. Talvez por isso, a Medicina começa a procurar sua articulação com a Psicanálise, ou até com outras formas de ação que permitam às pessoas conversarem, chorarem, falarem de suas mágoas, de seus sofrimentos, de seus desejos, de suas vontades, de seus medos, pois, nessa relação de cientificidade, ambos estão absolutamente amordaçados, impossibilitados de estabelecer dessa relação de forma completa.

Dessa situação, detona a crise na relação médico-paciente. Diante desse momento difícil, caótico, ambos estão procurando a explicação para essa crise. Entretanto, um e outro, através de seus discursos, não tocam a questão essencial da crise. Ambos denunciam a crise, analisando-a, porém, a partir de problemas que estão na periferia, na superfície. Ambos analisam os fenômenos, os sentimentos que circunscrevem a relação de forma empírica.

Essa é uma primeira aproximação, a experiência concreta do cotidiano, mas não ultrapassa o nível dessas manifestações empíricas, para atingir o nível da busca da essencialidade. Torna-se necessário que ambos façam a crítica da concepção que eles tecem desses problemas.

Médico e paciente trazem a evidência dos problemas, a partir de uma experiência empírica. Entretanto, torna-se necessário desvelar aquilo que se esconde por detrás das experiências, ou seja, torna-se necessário ir à essência.

O discurso da insatisfação, da falta de compreensão, da falta de diálogo, oculta, na realidade, a questão essencial dessa relação, ou seja, oculta a questão da dessubjetivação do médico e do paciente, oculta a questão do despojamento do conhecimento científico, a falta de capacidade que ambos têm de agir em função daquilo que é próprio de cada um, bem como oculta a perda da capacidade de cada um de definir a relação.

Tais questões parecem constituir a essência da crise da relação médico-paciente, crise essa que vem sendo analisada, capítulo por capítulo, no decorrer desse trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado na elaboração deste trabalho, evidenciou que a crise na relação médico-paciente pode ser abordada por vários veios de análise. Não se pode fixar qualquer um deles como totalidade, sem que se corra o risco de parcializar as questões dessa relação.

Ao buscar identificar, no relato da experiência concreta de médicos e pacientes, os obstáculos geradores de entraves no processar dessa relação, essa pluralidade de posições foi sendo ressaltada. Enquanto descrição de experiências concretas, ela tende a revelar vários aspectos, enquanto oculta tantos.

Médicos e pacientes fazem um discurso acerca dessa relação a partir da experiência vivida em sua cotidianidade. Não conseguem ultrapassar esse nível de singularidade e atingir a universalidade. Há toda uma "cultura" envolvendo tanto os médicos como os pacientes, pois uns e outros vêem os mesmos problemas, distinguindo-se apenas a forma de expor as questões.

Por outro lado, as várias Ciências que analisam a relação médico-paciente só conseguem focalizá-la à distância, ficando, assim, impedidas de solucionar as questões mais concretas que emergem nessa relação.

Por isso, torna-se necessário examinar os desafios colocados na época moderna para o conjunto das atividades humanas e sociais, buscando, aí, novas abordagens de aproximação dos problemas.

A leitura do "Manifesto do Partido Comunista", de MARX (19), é inspiradora.

No mundo moderno, todo o sistema social se encontra abalado por agitações e inquietações permanentes. Há uma falta de segurança pairando no ar, diferenciando a época atual de todas as épocas precedentes.

Todas as relações sociais, até então estáveis, dissolvem-se atualmente, perdendo consistência. Todas as concepções, e idéias, anteriormente veneradas passa a ser questionadas, sendo até mesmo rapidamente substituídas, sem que tenha tempo de metabolizá-las.

Novas necessidades são constantemente criadas e recriadas, sendo as relações freqüentemente substituídas, antes de se tornarem estáveis.

Desestabilizadas pelas repetidas flutuações dessas relações, os sujeitos em processo vão perdendo sua identidade. Há um eclipse da subjetividade.

As atividades, até então consideradas com reverencioso respeito e vistas como sagradas, são como que profanadas. É o caso da Medicina.

A Medicina, despojada daquela roupagem que a colocava como profissão santificada, vê emergirem necessidades de uma outra ordem. É semelhante a tragédia do "Rei Lear": quando este perde sua realeza, sente-se colocado diante de necessidades materiais bem concretas, o que o faz deparar com uma outra realidade, com uma outra cena.

A metáfora da nudez nessa tragédia de Shakespeare ilustra poderosamente a crise na relação médico-paciente.

Dentre a pluralidade de questões identificadas no relato da experiência concreta dos médicos e dos pacientes, evidenciou-se que as relações entre o médico e o paciente, até então estáveis, dissolveram-se.

Tanto o médico como o paciente são forçados a seguir determinadas normas, que os despojam de sua subjetividade.

O doente é despossuído de si mesmo e se torna uma "doença", passível de ser codificada. Também o médico passa a existir em referência a um saber que lhe é externo: o saber médico. Ele é destituído de sua arte de curar, de seus próprios conhecimentos, seu saber deve ser referenciado a um saber cientificamente reconhecido. O importante não é o doente, mas a doença; não é o médico, mas o especialista, aquele que detém a catalogação das doenças no mundo das Ciências Médicas.

Destituído de seu halo sagrado, o médico divisa o verdadeiro sentido da profanação de sua Ciência. Assim, pela

primeira vez na História da Medicina, na história da relação médico-paciente, ambos confrontam a si mesmo e aos demais a partir de um mesmo plano.

Esse momento de desnudamento, de despojamento constitui, paradoxalmente, o momento do despertar para a possibilidade da igualdade, muito embora seja igualmente um momento de crise, pois o médico e o paciente necessitam reconhecer-se enquanto subvertidos em sujeito médico e sujeito paciente.

Enquanto detentor daquele halo sagrado, o médico não poderia experimentar o que está experimentando agora, pois detinha poder intocável e inquestionável. Não havia sequer a possibilidade do desvelar dessa crise, que, agora, qualificá-lo de forma genuína para ser médico.

Essas considerações nos revelam que as questões suscitadas pela análise da relação médico-paciente necessitam ser buscadas para além dos determinantes inconscientes, tratados pela Psicanálise; e mesmo para além dos determinantes econômicos ou histórico-culturais. No mundo moderno, existem outros problemas que necessitam ser perseguidos. Na época moderna, as mudanças culturais, as mudanças de comportamento entre os vários sujeitos de qualquer relação social estão atravessadas por mudanças no próprio tecido da sociedade.

Como essas mudanças se refletem em todos os setores da sociedade, delas não escapam as relações médico-paciente.

As questões produzidas na relação são mais amplas do que esses problemas tradicionalmente ressaltados. Essas questões tradicionais não devem ser erigidas como totalidade nem desprezadas, mas incorporadas, para que novas leituras da relação médico-paciente sejam possíveis, no âmbito da modernidade.

Este trabalho pretende constituir uma abertura para novas investigações. Ao terminar, constato que novas questões estão colocadas. Esse percurso foi fundamental para a compreensão de que novas investigações se fazem necessárias. Fica colocada, portanto, a necessidade de se continuar investigando.

Assim sendo, esse trabalho cria espaços para que se iniciem novas reflexões, não constituindo, pois, um espaço que se fecha em suas próprias conclusões.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ABRAMOVICH, Nilton "et alii". Ensino aprendizagem; relato de uma experiência. Revista Ass. Médica, Porto Alegre, 27 (4): 488-91, out./dez. 1983.
- ALTHUSSER, L. Freud e Lacan. In: Estruturalismo; antologia de textos teóricos. Seleção e introdução de Eduardo Prado Coelho. Santos, Martins Fontes, s.d.
- \_\_\_\_\_ Freud e Lacan - Marx e Freud; introdução crítica - histórica. Trad. Walter José Evangelista. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- ALVARO, Cabral & Oliveira, Eduardo Pinho - Uma breve história da Psicologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
- BARTHES, Roland. Elementos de semiologia. São Paulo, Cultrix, 1978.
- BERLINER, Howard S. & SALMON, J. Warren. The holistic alternative to scientific medicine; history and analysis.

International Journal of Health Services, Philadelphia, 10 (1):  
133-47, nov. 1980.

- BERMAN, M. - Tudo que é sólido se desmancha no Ar; aventura da modernidade, São Paulo, Companhia de Letras, 1989.
- BERNIK, Vladimir. Uma bem sucedida relação médico-paciente, é ainda hoje (e mais do que nunca) a maior garantia de sucesso terapêutico. Revista Brasileira de Medicina (Psiquiatria), s. 1., (2): 40-6, abr. 1982.
- BOLTANSK, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista; a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.
- CALDER, R. O homem e a medicina; história da arte e da ciência de curar. São Paulo, Boa Leitura, s. d.
- CANESQUI, Ana Maria. Considerações sobre a política de saúde no Brasil. In: CONFERENCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, 3, 1984, Anais ... Loyola, 1984, p. 37-44.

- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, 1978.
  
- CARVALHO, Maria Celeste da Silva. Medicina e ensino médico; vertentes de um processo de desenvolvimento econômico e social. Uma história da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 1987 (dissertação).
  
- CASTORIADIS, Cornelius. As encruzilhadas do labirinto II; os domínios do homem. São Paulo, Paz e Terra, 1987.
  
- CHAUI, Marilena de Souza. O que é ideologia? São Paulo, Brasiliense, 1983.
  
- CHEVALIER, J. Dictionnaire des symboles. Paris, Sighers, 1973.
  
- CLAVREUL, Jean. A ordem médica; poder e impotência do discurso médico. São Paulo, Brasiliense, 1983.
  
- CORDEIRO, Hesio A. Prática médica na América Latina. Memórias do Inst. Med. Social, (2) : 111-34, 1978.

- CORDERA-PASTOR, Armando & CORDERA-BERNARDELLI, Jorge. A propósito de la deshumanización de la medicina. Gac-Med. México, México, 118 (11) : 431-8, nov. 1982.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- ESTEVES, Pedro Elíseo. La relación médico-paciente adolescente. Arch. Arg. Ped. Buenos Aires, 80 (2) : 255-7, 1982.
- FALEIROS, José Justino. Os pacientes seguem adequadamente os procedimentos terapêuticos? Rev. Ass. Médica, Rio Grande do Sul, Porte Alegre, 26 (2) : 120-3, abr/jun. 1982.
- FERRARI, Hector. Interconsulta médico-psicología e relación médico-paciente. Acta Psiquiát. Psicol. América Latina, Buenos Aires, (29) : 178-86, 1983.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- FOULQUIE, Paul. A psicologia contemporânea, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1960.

- FREUD, S. A dinâmica da transferência. ESP, V.12. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
  
- \_\_\_\_\_ Recordar, repetir e elaborar. ESP, V.14. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
  
- GALIZZI, João. A relação médico-paciente. In: ACADEMIA MINEIRA DE MEDICINA, 5, Belo Horizonte, 1975. Anais ... Belo Horizonte, 1975, p. 259-66.
  
- GARCIA-ROSA, L. A. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro, Zahar, 1984.
  
- GOIC, Alejandro. La relación médico-paciente en la práctica clínica. Revista Médica, Santiago, (111) : 61-5, jan. 1983.
  
- GOMES, Fernando "et alii". Nuestra relación profesional desde el ángulo del paciente. Rev. Hosp. Psiquiát, Habana, 20 (1) : 41-9, jan./abr. 1979.
  
- GONÇALVES, R. B. M. A medicina e história; raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, Fac. Medicina U.S.P., 1979. (dissertação).

- GORLIN, Richard & ZUCKER, Haward D. O comportamento do médico frente ao paciente; o ensino de uma medicina humanista. Centro de Cien. Saúde, Paraíba, 5 (3) : 49-54, jul./ago./set. 1983.
  
- GRAMSCI, Antônio. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.
  
- GUZ, Isac. A relação médico-paciente-médico. Folha Médica, 87 (2) : 89-90, 1983.
  
- HARNECKER, Marta. Os conceitos elementais do materialismo histórico. Santiago, s. l., s. d.
  
- IANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil. (1930-1970). Rio de Janeiro, 1977.
  
- KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
  
- KRISTEVA, Julia. No princípio era o amor; psicanálise e fé. São Paulo, Brasiliense, 1987.

- LACAN, J. O seminário; os escritos técnicos de Freud. Liv. 1. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- LANDMANN, Jayme. Medicina não é saúde; as verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.
- LANGER, Susanne K. Filosofia em nova chave; um estudo do simbolismo da razão, rito e arte. São Paulo, Perspectiva, 1971.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. Vocabulário da psicanálise. Santos, Martins Fontes, 1970.
- LEMAIRE, A. Jacques Lacan; uma introdução. Rio de Janeiro, Campus, 1986.
- LEÓN, Augusto. La verdad y el enfermo. Isabelica Médica, Caracas, (4) : 119-48, jul./dez. 1980.
- LOPES, O. C. A medicina no tempo; notas históricas da medicina. São Paulo, Melhoramentos, s. d.
- LUCKAKS, G. História e consciência de classe; estudo da dialética. Porto, Publicações Escorpião, 1974.

- MACHADO, L. R. S. Unificação escolar e hegeomonia. São Paulo, Pontifícia Univ. Católica, 1984, (Tese, doutor).
  
- MARX, K. O capital. Liv. 1, v. 1. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
  
- \_\_\_\_\_ & ENGELS, F. Manifesto do partido comunista. In: Obras Escolhidas. 3v. v.1. Rio de Janeiro, Editorial Vitória Ltda., 1968, pp. 13-47.
  
- MASCI, Cyro B. Aspectos da interação médico-paciente e sua importância na abordagem e seguimento do doente. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, 10 (10) : 767-72, 1981.
  
- MEDEIROS, Tácito. A relação médico-paciente; fenômeno social. Neurobiologia, Recife, 42 (2) : 141-6, abr./jun. 1979.
  
- MELLO, Carlos Gentile de. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
  
- MELLO, Guiomar Namo de. Magistério de 1o. grau; da competência técnica ao compromisso político. São Paulo, Cortez, 1982.

- MENENDEZ, Ricardo González. Son nuestras relaciones médico-paciente exitosas? Rev. Cubana de Medicina, Cuba, 18 (2) : 185-92, mar./abr. 1979.
  
- MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica; suas implicações na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, FIINEP, PUC, 1984.
  
- MENDONZA, Hugo R. La atención del enfermo y sociedad. Archivos Dominicanos de Pediatría, Sto. Dgo, 19 (1) : 29-31, jan./abr. 1983.
  
- MILNER, Jean Claude. O que é psicologia? In: Estruturalismo; antologia de textos teóricos. Seleção e introdução de Eduardo Prado Coelho. Santos, Martins Fontes, s. d.
  
- MOREIRA, Alonso A. Teoria e prática relação médico-paciente. Belo Horizonte, Interlivros, 1979.
  
- NORONHA, Décio Teixeira. Relacionamento médico-paciente em obstetrícia. Pediatría Moderna, 16 (5) : 216-21, out. 1981.

- NOSEK, Leopold & ROTENBERG, Lea Katte Brickman. Relação médico-paciente; uma experiência com residentes. Rev. de Pediatria, São Paulo, (1) : 105-12. Jun. 1979.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Estado e subdesenvolvimento industrializado. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1977.
- PERISSE, P. Interação médico-paciente; o protótipo como instrumento de medida do grau de satisfação do paciente. In: ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA ÁREA HOSPITALAR, 2, São Paulo, 1985.
- PONTES, J. P. Lopes. Relação médico-paciente no ensino de clínica médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2 (1) : 21-4, jan./abr. 1978.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. Saúde e trabalho; a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- QUADRA, Antônio Augusto. A psicologia médica; a relação médico-paciente: O ovo da serpente. Revista Brasileira de Educação Médica, 4 (2) : 9-12, mai./ago. 1980.

- RIBEIRO, Lourival. Tempo de médico. Rio de Janeiro, Catedra, 1979.
  
- RODRIGUES, Neidson. Ciência e linguagem; uma introdução ao pensamento de Saussure. Rio de Janeiro, Achiamé, 1980.
  
- \_\_\_\_\_ . Lições do Príncipe e outras lições; o intelectual, a política, a educação. São Paulo, Cortez, 1987.
  
- \_\_\_\_\_ . Por uma nova escola; o transitório e o permanente na educação. São Paulo, Cortez, 1985.
  
- ROGER, G. M. Introduction a l'étude de la médecine. Paris, Masson e Cie, 1926.
  
- ROTTA, Newra Telechea. Aspectos da relação médico-paciente em neuropediatria. Neurobiologia, Recife, 46 (3) : 301-8, jul./set. 1983.
  
- RUBEL, Arthur J. & O'NEILL, Carl. Dificultades para expresar al médico los trastornos que aquejan al paciente; la enfermedad del susto, como ejemplo. Brol. of. Sanit Panamá, Panamá, 87 (2) : 103-12, ago. 1979.