

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

MESTRANDA: SILVIA JUREMA LEONE QUARESMA

**A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que
são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago**

FLORIANÓPOLIS

2005

SILVIA JUREMA LEONE QUARESMA

**A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientada por: Pr.^a Dr.^a Elizabeth Farias da Silva.

Florianópolis

2005

SILVIA JUREMA LEONE QUARESMA

**A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e políquelosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Prof.^a Dr.^a Tâmara Benakouche
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina

____/____/____
data de aprovação

Banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Farias da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Márcia Grisotti
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Rosane Gonçalves Nitschke
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas a quem devo agradecer mas, em primeiro lugar destaco minha família que acreditou comigo que é possível sonhar e realizar os nossos sonhos.

Meus agradecimentos também vão para as pessoas que contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico, entre elas destaco todos os professores que fazem parte do curso de Ciências Sociais, assim como, os professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) da Universidade Federal de Santa Catarina. Agradeço também aos funcionários do PPGSP: Albertina Buss Volkmann, Maria de Fátima Xavier da Silva e Otto Volkmann .

Agradeço a todos os amigos que fiz durante essa jornada de absorção de conhecimentos. Os amigos são tantos que corro o risco de esquecer alguns portanto, não vou nominá-los.

Sou muito grata à Dr.^a Elizabeth Farias da Silva, orientadora deste trabalho, por se dedicar junto comigo na procura minuciosa de idéias que pudessem colaborar na construção científica deste trabalho de pesquisa.

Agradeço a banca que fez parte da qualificação do projeto de pesquisa, cujos componentes foram: Dr.^a Márcia Grisotti e Dr. Marco Aurélio Da Rós, pelo incentivo e pelas sugestões que foram apresentadas para que este trabalho se desenvolvesse de forma mais criteriosa no que diz respeito aos aspectos metodológicos da pesquisa.

Quero agradecer a todos os funcionários do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) pela transmissão de informações que colaboraram na construção deste trabalho.

Agradeço especialmente a Diretora de Medicina do HU, dr.^a Rachel Moritz, pelo seu consentimento para a realização desta pesquisa tendo como campo de trabalho o ambulatório do HU da UFSC. Assim como formulo meus agradecimentos ao Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos por terem autorizado a realização desta pesquisa com os médicos e residentes especializados em clínica médica que trabalham no ambulatório do HU.

Gostaria de externar meus mais sinceros agradecimentos, principalmente, a todos os médicos e residentes que participaram desta pesquisa e incentivaram-me na investigação de soluções para um problema tão crucial existente na saúde pública no Brasil. Por falar em Brasil quero dispensar meus agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por garantir, através de bolsa, que esta pesquisa fosse concluída.

Como último agradecimento gostaria de deixar registrado a importância, para todos os estudantes de graduação e pós-graduação, do Portal Brasileiro de Informações Científicas que faz parte da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), quanto ao acesso e divulgação da produção científica na forma de dissertações, teses e artigos disponíveis em periódicos. As informações científicas contidas neste portal se mostraram como um caminho aberto para descobertas únicas, sem as quais não conseguiríamos nutrir nossas pesquisas de referências pertinentes e atualizadas.

A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

RESUMO

Esta dissertação consiste na análise dos discursos que os médicos e residentes, que atendem pacientes no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, articulam sobre o transtorno hipocondríaco/poliqueixoso. A metodologia desta pesquisa se baseou em entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. As entrevistas estruturadas foram realizadas com todos os médicos e residentes especializados em clínica médica e através deles captamos, entre outras coisas, que o transtorno de maior incidência no ambulatório do HU é o transtorno poliqueixoso. Também identificamos o perfil desses pacientes, isto é, segundo a percepção dos médicos entrevistados esses pacientes encontram-se na faixa etária entre 41 e 50 anos e estatisticamente são as mulheres quem mais sofrem com este tipo de transtorno. Nas entrevistas semi-estruturadas conhecemos quais as principais queixas que esses pacientes apresentam para os médicos e segundo a percepção dos profissionais entrevistados essas queixas são, em sua maior parte, provenientes de problemas psicossociais, entre eles destacamos a violência doméstica. Nas entrevistas também identificamos a conduta dos médicos e residentes para com o poliqueixoso e observamos que esses pacientes são muitas vezes diagnosticados como depressivos e medicados como tal. Os entrevistados também indicaram que a forma de tratamento que eles consideram mais eficaz para minimizar o sofrimento deste tipo de paciente é o tratamento multidisciplinar. Nesta pesquisa utilizamos como referencial de análise as categorias de Estilo de Pensamento (EP) e Coletivo de Pensamento (CP) do epistemólogo Ludwick Fleck. Através destas categorias verificamos que os médicos entrevistados estão se constituindo como Objetos Fronteiras, ou seja, eles estão se configurando como uma fusão entre vários CPs. Dessa fusão já está surgindo um novo EP que leva em consideração, além da dimensão biológica, as outras dimensões que são inerentes a todos os seres humanos. Alguns autores, como Cutolo, denominam este novo EP de Saúde Coletiva. Mas preferimos, por influência de Edgar Morin, chamá-lo de EP da Complexidade. Sendo assim, avaliamos que a complexidade do processo saúde/doença, não permite que os médicos se baseiem em um único EP para o tratamento das mais variadas formas de adoecer.

Palavras chaves: clínica médica, Coletivo de Pensamento, Estilo de Pensamento, hospital universitário, transtornos hipocondríaco/ poliqueixoso.

Physicians' perceptions regarding patients who suffer from hypochondria and somatization disorder and who are treated at Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

ABSTRACT

This dissertation investigates the discourse of physicians and residents, who work at Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), located in the city of Florianópolis in the state Santa Catarina, regarding patients who suffer from hypochondria and somatization disorder. The methodology of the research is based on structured and semi-structured interviews. The structured interviews were answered by all physicians and residents specialized in general medicine and through them we found out that the most common complaint is somatization disorder. We have also identified the profile of these patients which, according to the interviewed physicians, are mostly women ranging between 41 and 50 years old. The semi-structured interviews revealed the patients' main types of complaints and according to the interviewed physicians and residents these complaints are mostly derived from psychosocial problems, especially domestic violence. The interviews also revealed that these patients are usually diagnosed as depressive and are thus medicated. The interviews also indicated that physicians consider a multidisciplinary treatment as the most efficient treatment capable of diminishing the patients' suffering. In this research, we used as an analytical referential the categories of Thought Style (TS) and Thought Collective (TC) by the epistemologist Ludwick Fleck. Through these categories we verified that the interviewed physicians constitute themselves as Frontier Objects, that is, they are configuring themselves as a fusion among several TCs. There is a new TS coming out from this fusion which takes into consideration, besides the biological dimension, other dimensions which are inherent to every human being. Some authors, such as Cutolo, name this new TS as Collective Health. However, given Edgar Morin's influence, we prefer to name it Complexity Thought Style. Therefore, we evaluate that the complexity of the process health/disease does not allow physicians to base themselves on a unique TS for the treatment of the several ways of getting sick.

Keywords: clinical medicine, Thought Collective, Thought Style, hypochondria, multiple complaint disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP - Associação Americana de Psiquiatria

ABIMP – Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AMB - Associação Médica Brasileira

AMP - Associação Mineira de Psiquiatria

APM - Associação Paulista de Medicina

AZT – Azidotimidina

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID-10 - 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

CIPE - Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CPs – Coletivos de Pensamento

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRM - Conselhos Regionais de Medicina

DNA - Ácido Desoxirribonucléico

DOU – Diário Oficial da União

DSM-IV - 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EPs – Estilos de Pensamento

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção a Aids

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HU – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCOR - Instituto do Coração

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

NO² - Dióxido de Nitrogênio

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDA – Programa Docente Assistencial

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PSF – Programa de Saúde da Família

SASC – Serviço de Atendimento a Comunidade Universitária

SUS - Sistema Único de Saúde

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNIMED – União dos Médicos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Introdução.....	11
1.1 - Objetivos da pesquisa e metodologia empregada.....	17
1.2 - Trabalho de campo.....	21
1.3 - O que será contemplado nesta dissertação.....	25
Capítulo 2 - Alguns aspectos históricos e sociológicos da arte de curar e hospitalizar nas sociedades ocidentais.....	29
2.1 - Antigüidade (3000 a.C. ao século V d.C.).....	32
2.2 - Idade Média (século V ao XV).....	42
2.3 - Idade Moderna (século XV ao XVIII).....	50
2.4 - Idade Contemporânea (final do século XVIII até nossos dias).....	71
Capítulo 3 - A arte de curar e hospitalizar no Brasil.....	98
3.1 - As faculdades de Medicina no Brasil e no estado de Santa Catarina.....	134
3.2 - O crescimento de profissionais médicos no Brasil e em Santa Catarina nas últimas décadas	136
3.3 - Alguns dados sobre as instituições hospitalares no Brasil e no estado de Santa Catarina.....	137
Capítulo 4 – O Hospital Universitário de Santa Catarina e seus especialistas em clínica médica.....	139
4.1 - A atividade médica dentro do hospital.....	145
4.2 - Especialistas em medicina interna/clínica médica.....	150
4.2.1 - Perfil dos médicos especialistas em clínica médica do HU.....	155
4.3 - Residência médica.....	157
4.3.1 - Perfil dos residentes do HU.....	159
4.4 - Breve apresentação da organização burocrática no ambulatório do HU.....	160
Capítulo 5 - O que se fala sobre a hipocondria e as poliqueixas.....	164

5.1 - Hipocondria na atualidade.....	164
5.2 - Poliqueixas: fenômeno ainda sem definição.....	169
5.3 - Automedicação e autoprescrição.....	176
5.4 - Distinção básica entre a hipocondria e as poliqueixas.....	182
Capítulo 6 - Consultando os clínicos do HU.....	184
6.1 - A percepção médica sobre a hipocondria e as poliqueixas.....	185
6.2 - O transtorno de maior incidência no HU.....	193
6.2.1 - Os poliqueixosos no HU.....	195
6.2.1.1 - A violência doméstica contra a mulher como fator desencadeante das poliqueixas.....	210
6.2.1.2 - Depressão como outro fator desencadeante das poliqueixas.....	222
6.3 – Como resolver o problema dos poliqueixosos.....	235
6.3.1 - A equipe multidisciplinar.....	243
6.3.2 - Grupos terapêuticos.....	245
Considerações finais.....	249
Referências bibliográficas.....	257
Bibliografias.....	271
Apêndices.....	272

A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Capítulo 1 – Introdução

Esta pesquisa tem como tema: a percepção médica em relação aos pacientes hipocondríacos/poliqueixosos que transitam pelo ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Este hospital está localizado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina e é mais conhecido como HU, sendo assim, no decorrer deste trabalho o trataremos como tal.

O interesse por este tema foi despertado quando analisamos as entrevistas que realizamos para monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais. Na monografia pesquisamos o tema: mulheres pertencentes aos estratos médios da sociedade brasileira, com mais de 40 anos, casadas, com filhos, que não trabalham fora de casa, mas que ingressaram num curso de graduação na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e percebemos que as mulheres entrevistadas, em uma certa etapa de suas vidas se queixaram de mal estares, depressão, e até doenças que não podemos dizer que fossem “imaginárias”, mas que na época da pesquisa causou-nos certa apreensão. Porém como a pesquisa não estava voltada para este problema não o analisamos na monografia, mas resolvemos adotar este tema para dar continuidade ao nosso trabalho na dissertação do mestrado.

Sendo assim, o anteprojeto desta pesquisa se iniciou com uma investigação bibliográfica sobre a hipocondria e a sua relação com as mulheres. Mas conforme foi desenrolando a pesquisa bibliográfica para o projeto desta dissertação percebemos que não era só a hipocondria que acometia os indivíduos pois, existe também um outro fenômeno pouco conhecido ainda que

é o das poliqueixas. Quando falamos em poliqueixas não estamos nos referindo aquele indivíduo que tem uma doença e conseqüentemente queixa-se de várias dores e vários sintomas. O poliqueixoso, a que estamos nos referindo neste trabalho, é aquele paciente que vai ao médico se queixa de dores e sintomas mas o médico não encontra nada que comprove as queixas. Esse indivíduo poliqueixoso muitas vezes é confundido com o hipocondríaco e é tratado como tal.

Conforme nossa pesquisa foi se desenrolando percebemos que os pacientes poliqueixosos encontram-se disseminados entre as várias especialidades médicas, nos consultórios e hospitais, em distintos estratos sociais e também distintos níveis socioculturais (CHAMMÉ, 1992). Uma das conseqüências dessa disseminação é a demanda excessiva em todo sistema público de saúde brasileiro; em média 30% dos pacientes que procuram ajuda médica são pacientes poliqueixosos (LEAL, 2004). Foi dessa maneira que tomamos conhecimento sobre as poliqueixas e com o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica conseguimos detectar as semelhanças e as diferenças entre a hipocondria e as poliqueixas que estarão contempladas no 5º capítulo deste trabalho.

Sabendo da existência destes dois fenômenos dentro das instituições de saúde pública brasileiras e levando em consideração que tanto o hipocondríaco quanto o poliqueixoso, mesmo sendo um doente atípico, tem direito a um tratamento no sistema de saúde público pois, segundo os psiquiatras, esses pacientes sofrem com a sua condição; é que consideramos que seja importante conhecer o processo de hipocondria/ poliqueixas que se encontra presente em uma das instituições que fazem parte da saúde pública da cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina; talvez assim poderemos encontrar saídas regionais para o problema. Dessa forma, esta investigação foi planejada tendo como propósito ser uma pesquisa estratégica pois, orienta-se para um problema que existe na sociedade e tem como um dos objetivos explicitar alguns aspectos dessa realidade. Os instrumentos utilizados são aqueles pertinentes a todas as pesquisas

científicas, ou seja, instrumentos teóricos e metodológicos. Mas a finalidade é tentar apontar uma ação que possa colaborar para a solução do problema (MINAYO, 1993).

A instituição que escolhemos para utilizar como campo desta pesquisa é o HU que recebe pacientes de, praticamente, todo o estado de Santa Catarina e por ser um hospital-escola, pode ser considerado como um facilitador de experimentação de novas práticas para o tratamento dos tipos de pacientes que estamos pesquisando neste trabalho. Mas isso ficará mais claro quando os leitores apreciarem o 4º capítulo desta dissertação que se refere à constituição do HU como órgão público federal e a sua importância para Santa Catarina.

A ação inicial da fase exploratória desta pesquisa foi tentar saber se no HU existe algum tipo de estatística ou até mesmo de triagem quanto aos pacientes que procuram este hospital para atendimento médico. Verificamos que não há nenhum levantamento que pudéssemos aproveitar neste trabalho, principalmente no que se refere aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos. Foi assim que surgiu a primeira questão que era: onde ou com quem poderemos investigar sobre o nosso problema?

Inicialmente surgiu a idéia de se fazer uma investigação via prontuários dos pacientes mas, considerando que este trabalho faz parte de uma dissertação de mestrado a qual temos 2 anos para apresentar para a comunidade acadêmica, acabamos desistindo do nosso intento. Ao longo da nossa pesquisa percebemos que se tivéssemos seguido por este caminho não teríamos conseguido chegar a lugar nenhum pois, verificamos que os médicos citam no prontuário aquilo que eles acham pertinente e rotular um paciente como hipocondríaco/poliqueixoso é o que eles menos fazem, nem mesmo como uma simples anotação no prontuário. Mas e aí, como poderíamos descobrir algo sobre estes pacientes quando nem mesmo a instituição os considera?

Pensando em onde, como e com quem investigar sobre o problema e dando continuidade à revisão bibliográfica sobre o tema foi que chegamos aos médicos especializados em clínica

médica, pois que, segundo o psiquiatra Leal (2004) são esses profissionais da saúde que tanto o paciente hipocondríaco quanto o poliqueixoso pedem ajuda primeiro. Sendo assim, passamos a nos perguntar: como será que os médicos percebem esses fenômenos, isto é, a hipocondria e as poliqueixas? E como eles percebem os portadores deles? Já que no caso destes fenômenos não existe uma doença na forma como os médicos são preparados para diagnosticar e tratar.

Foi desse modo que se originaram as questões norteadoras desta pesquisa que formulamos da seguinte maneira: qual a percepção dos médicos e residentes, com especialização em clínica médica/medicina interna (adulto) e que trabalham no ambulatório do HU, sobre a hipocondria e as poliqueixas? Qual, destes dois fenômenos, tem maior incidência no ambulatório do HU? Quais os discursos¹ que os médicos e residentes, já especificados acima, articulam sobre o fenômeno de maior incidência e quais as condutas desses médicos e residentes em relação aos pacientes portadores dele?

Poderíamos complementar a justificativa pela escolha do médico clínico, além da indicação dada por Leal (2004), mencionando que qualquer outra especialidade médica que escolhêssemos nos daria uma certa limitação pois, teríamos uma queixa referente somente àquela especialidade e não é esta a intenção desta pesquisa. Por exemplo, se escolhêssemos trabalhar com médicos ginecologistas estaríamos limitando a pesquisa em uma investigação social de gênero, que não é de nosso interesse, pelo menos no momento. Outro exemplo que dificultaria a pesquisa seria o trabalho com pediatras, pois que, neste caso são as mães que geralmente relatam os sintomas e sinais das doenças, e dessa forma, são elas que estariam (poli)queixando-se através ou em nome dos filhos. Ainda outra escolha que dificultaria esta investigação seria a de trabalhar

¹ Esclarecemos que o substantivo discurso que estamos utilizando neste trabalho é só uma forma de nos expressarmos quanto à fala dos médicos. Portanto a palavra discurso não deve ser, em hipótese alguma, tomada pelos leitores como uma tentativa de se realizar uma análise do discurso na forma como esta foi configurada pelo filósofo francês Michel Pêcheux na década de 60.

com geriatras, visto que, os idosos geralmente sentem dores menos específicas devido o próprio desgaste natural do organismo. Além disso, na maioria das vezes, são os médicos clínicos que enviam o paciente para outros especialistas, como por exemplo: o cardiologista, dermatologista, pneumologista, etc. Os médicos clínicos podem e devem realizar uma triagem dos pacientes quando eles se sentem inabilitados para resolver questões que não são relativas a sua área de especialização. Portanto, a escolha pela especialidade clínica médica/medicina interna não foi aleatória.

Após justificarmos a escolha pelo médico clínico, justificaremos nossa escolha pelos residentes. Quanto a isso devemos explicar que esta escolha também não foi aleatória pois, acreditamos, desde o início da pesquisa, que os residentes poderiam nos fornecer alguns dados complementares, como por exemplo: sobre o curso de Medicina da UFSC; as disciplinas que são contempladas no currículo do curso; em quais disciplinas são abordados os fenômenos que estão sendo investigados nesta pesquisa; a forma como os professores transmitem aos alunos os fenômenos da hipocondria e das poliqueixas; e como os futuros profissionais chegam ao mercado de trabalho enxergando o paciente hipocondríaco e o poliqueixoso. Consideramos que esta escolha foi uma forma de tentarmos apreender algumas diferenças ou semelhanças entre a percepção dos médicos e a percepção dos residentes em relação aos fenômenos. Sendo assim, devemos informar aos leitores que este trabalho de pesquisa baseia-se essencialmente na palavra/conhecimento dos médicos e residentes que foram entrevistados pois, como já foi mencionado antes, não temos nada dentro do HU que nos sirva de parâmetro para comprovação ou comparação de qualquer coisa que os médicos citaram nas entrevistas estruturadas ou nas semi-estruturadas. Da mesma forma, que não é de nossa intenção generalizar os resultados da pesquisa.

Consideramos que esta falta de informações sobre estes tipos de pacientes nas instituições como o HU colaboraram para que esta pesquisa percorresse por um caminho diferente e mais rico pois, daremos voz aos médicos que talvez sejam os mais interessados em resolver o problema destes pacientes. Além disso, estaremos valorizando os discursos dos médicos e residentes através da palavra, pois, a palavra é o símbolo de comunicação por excelência porque ela representa o pensamento. Dando voz a eles estaremos também desnudando condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos de um porta-voz que é representante de determinado grupo social e que se encontra inserido em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (BOURDIEU, 1972 *apud* MINAYO, 1995).

Dessa forma, entendemos que os discursos médicos não podem ser vistos fora do sistema de relações materiais que o estruturam e constituem, ou seja, no discurso médico encontram-se compreendidos: o *status* do sujeito, seu saber, sua competência, suas relações com outros indivíduos ou grupos, sua relação com a sociedade, com as instituições, com as normas, enfim suas relações com o passado e com o futuro. Através do discurso médico teremos condições, inclusive, de apreender quais os Estilos de Pensamento que estruturam toda a conduta dos médicos e residentes, entrevistados nesta pesquisa, para com os seus pacientes hipocondríacos e poliqueixosos. As categorias Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento serão contempladas de forma gradual durante todo esse nosso trabalho de dissertação.

A nosso ver o discurso médico faz parte do *habitus* de um grupo social, que no caso desta pesquisa são os médicos e residentes com especialização em clínica médica. O conceito de *habitus* aponta para a interiorização pelos indivíduos: dos valores, normas, princípios sociais e até mesmo a interiorização dos citados Estilos de Pensamento, que Bourdieu (1983) designa por objetividade interiorizada e aponta também para a exteriorização da interioridade pois, o *habitus* produz práticas futuras que foram determinadas pelo passado. Para este autor o processo de

interiorização objetiva ocorre de forma subjetiva, mas não individualmente, pois, esta subjetividade depende de certa forma da socialização do sujeito, do seu grupo ou classe social. Entendemos que é o *habitus* que organiza o discurso de uma classe ou grupo social. Dessa forma, podemos dizer que é através do discurso que se percebe a complexidade do sujeito e do grupo ao qual ele está inserido, mas devemos levar em consideração que o sujeito tem sempre a possibilidade de mudar o seu discurso.

1.1 - Objetivos da pesquisa e metodologia empregada

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os discursos que os médicos e residentes com especialização em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU articulam sobre o fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU, ou seja, a hipocondria ou poliqueixas e também verificar as condutas que esses médicos têm em relação aos pacientes portadores do mesmo. Como já foi dito antes, utilizaremos como referencial de análise as categorias de Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento sobre as quais detalharemos mais adiante.

Os objetivos específicos desta pesquisa foram formulados da seguinte maneira:

- 1º Compreender a complexidade da hipocondria e das poliqueixas, dentro da visão médica, através da bibliografia disponível.
- 2º Identificar médicos e residentes com especialização em clínica médica/medicina interna que trabalham no ambulatório do HU.
- 3º Levantar através de entrevista estruturada, junto a esses médicos e residentes, se há pacientes hipocondríacos/poliqueixosos que frequentam o ambulatório do HU.
- 4º Identificar sob que parâmetros esses médicos e residentes diagnosticam os indivíduos como hipocondríacos ou poliqueixosos.

5º Verificar, segundo a percepção dos entrevistados, qual dos dois fenômenos são mais frequentes no ambulatório do HU, isto é, hipocondria ou poliqueixas.

6º Levantar o perfil dos pacientes cuja incidência seja maior no ambulatório do HU, ou seja, hipocondríacos ou poliqueixosos.

7º Verificar através de entrevistas semi-estruturadas, com alguns dos médicos e residentes, os discursos que eles articulam sobre o fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU, dentre os que estão sendo investigados nesta pesquisa.

8º Identificar as condutas dos médicos e residentes entrevistados em relação aos pacientes que são portadores do fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU.

9º Verificar se existe diferença de conduta entre os médicos e residentes em relação aos fenômenos que estão sendo investigados nesta pesquisa.

10º Identificar se esses médicos e residentes já utilizaram placebo nos seus pacientes hipocondríacos/ poliqueixosos.

11º Verificar o que os médicos e residentes pensam que poderia ser realizado dentro do HU para minimizar o sofrimento do paciente portador do fenômeno de maior incidência no ambulatório.

Por serem muitos os objetivos desta pesquisa vamos limitá-los em 2 grandes etapas para facilitar a compreensão do leitor. A primeira etapa foi de ordem quantitativa, ou seja, procuramos através de entrevistas estruturadas (cujo questionário encontra-se nos apêndices) junto a todos os médicos e residentes com especialidade em clínica médica e que atendem pacientes no ambulatório do HU, conhecer qual a maior incidência encontrada por eles dentro do ambulatório: pacientes hipocondríacos ou pacientes poliqueixosos; e também procuramos conhecer o perfil desses pacientes e quais as suas queixas. Podemos adiantar que os entrevistados apontaram as poliqueixas como sendo o fenômeno de maior destaque no ambulatório do HU. Lembramos que no HU não existe qualquer tipo de estatística quanto a esses pacientes hipocondríacos e

poliqueixosos o que nos fez aceitar como verdadeiras todas as indicações dos médicos e residentes sobre estes fenômenos.

Para a realização desta etapa inicial e para que não houvesse nenhuma dúvida quanto à definição do conceito de hipocondria e poliqueixas que estaríamos utilizando neste trabalho, já que existe muita controvérsia no meio médico sobre eles, achamos conveniente explicitarmos no próprio termo de consentimento (que pode ser visualizado nos apêndices), que foi assinado pelos médicos, a definição destes conceitos conforme bibliografia especializada. Entendemos que somente desta maneira poderíamos realizar um levantamento adequado do problema. Agimos assim pois, de acordo com a literatura, muitos profissionais de saúde utilizam o termo hipocondria para designar os dois tipos de pacientes: o hipocondríaco e o poliqueixoso, ambos denotam, para a maioria dos médicos, pacientes que não têm nenhum problema orgânico de acordo com os exames realizados. Mas através da pesquisa bibliográfica descobrimos que há diferenças entre esses fenômenos e nós iremos identificá-las no decorrer deste trabalho, no 5º capítulo.

A segunda etapa dos objetivos específicos foi de ordem qualitativa e sendo assim, através de entrevistas semi-estruturadas (cujo roteiro encontra-se nos apêndices) com alguns médicos e residentes procuramos aprofundar o tema e conhecer a visão médica sobre o fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU, as poliqueixas. Como parte desta etapa também verificamos qual é a visão médica em relação aos portadores das poliqueixas e, de certa forma, tentamos tornar um pouco mais visível à relação médico clínico e paciente portador de poliqueixas. Procuramos conhecer qual a conduta atual destes médicos e residentes em relação a seus pacientes poliqueixosos. Por fim verificamos o que os médicos e residentes acham que poderia ser realizado para minimizar o sofrimento desse tipo de paciente dentro do ambulatório do HU.

Desse modo, percebe-se que esta pesquisa não se restringe apenas aos dados quantitativos que foram coletados através de um questionário respondido pelos médicos e residentes com especialidade em clínica médica pois, existem dados que só poderiam ser averiguados através de uma pesquisa qualitativa, estamos nos referindo aos dados de ordem mais subjetiva e foram eles que forneceram subsídios para o aprofundamento desta pesquisa. Sendo assim, consideramos que a pesquisa quantitativa e qualitativa se complementaram neste trabalho, ambas foram muito importantes para levantarmos o problema e buscarmos uma proposta de solução para ele.

Ao elaborarmos o questionário que foi utilizado na entrevista estruturada procuramos adaptar as questões para contemplar ao máximo os objetivos específicos. No roteiro da entrevista semi-estruturada tentamos um aprofundamento maior sobre o tema como forma de conhecer a percepção médica sobre o mesmo e conhecer também as condutas que esses profissionais da saúde têm em relação aos pacientes poliqueixosos. Não podemos generalizar de forma alguma essa percepção médica mas podemos incluí-la dentro de um certo Estilo de Pensamento que será contemplado no decorrer deste trabalho.

Devemos esclarecer que as transcrições das entrevistas se deram na forma literal, nada foi alterado, nem mesmo erros de português que por ventura possam estar presente nas falas dos entrevistados. Com isso esperamos mostrar que durante as entrevistas não houve em nenhum momento uma imposição do saber médico e os entrevistados nem mesmo utilizaram uma linguagem mais científica, mas isso será comentado no próximo item que se refere à entrada em campo.

Após a transcrição das entrevistas chegou o momento de analisá-las. A análise das entrevistas constituiu-se simplesmente em buscar respostas que contemplassem os objetivos específicos desta pesquisa. Esperamos com isso, no mínimo, ampliar o conhecimento sobre o fenômeno das poliqueixas que são percebidas pelos profissionais da saúde que fizeram parte

desta pesquisa. A intenção é de tentar trilhar um novo caminho que possa levar, pelo menos, a uma alternativa de tratamento para estes pacientes dentro do próprio HU. As respostas, por sua vez, foram dando também algumas pistas para que pudéssemos localizar os médicos e residentes que entrevistamos dentro de um, ou até mais de um Estilo de Pensamento na forma como este foi configurado por Ludwick Fleck (1896-1961). No decorrer deste trabalho falaremos mais sobre essa categoria de análise e como ela foi utilizada nesta pesquisa.

1.2 - Trabalho de campo

O primeiro passo em relação ao trabalho de campo ocorreu no início do mês de março de 2004, quando procuramos a Diretora de Medicina do HU, a dr.^a Rachel Moritz, e solicitamos uma autorização para a confecção da pesquisa nas dependências do HU e com os médicos que lá trabalham. Foi então que houve o primeiro contratempo da pesquisa, porque não sabíamos que antes da autorização dela necessitaríamos da aprovação/consentimento do Comitê de Ética da UFSC para que a pesquisa fosse realizada. Como faz parte das regras as cumprimos bem rápido entregando ao Comitê uma série de documentos e inclusive o projeto de pesquisa. Após um mês, digo um mês porque o Comitê reúne-se uma vez por mês, foi-nos passado que o projeto estava com uma pendência, explicando melhor, pendência é, entre outras coisas, quando falta algum documento, ou quando o Comitê solicita que façamos alguma alteração no projeto, sendo que, no nosso caso o Comitê pediu que mudássemos o título do projeto que inicialmente era “A incidência de pacientes hipocondríacos/poliqueixosos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago”. Esse pedido de mudança aconteceu pois, como se tratava de uma pesquisa quantitativa e qualitativa os membros do Comitê de Ética acharam que a palavra incidência não se traduzia numa pesquisa qualitativa. Após esse pequeno imprevisto

enviamos, novamente, todos os documentos com a correção realizada e só assim, após um mês, fomos agraciadas com a aprovação do Comitê. Gostaríamos de deixar claro que de nossa parte achamos bastante interessante essa autorização do Comitê, uma vez que, ela dá segurança aos pesquisados e impõem mais cientificidade a nossa pesquisa.

Após obtermos a autorização do Comitê de Ética para começar a pesquisa, voltamos a conversar com a Diretora de Medicina do HU e nesse segundo encontro ela nos forneceu uma lista com o nome dos médicos que trabalham no ambulatório do HU nas mais diversas especialidades, foi dessa forma que conseguimos identificar os médicos que são especialistas em medicina interna/clínica médica e que foram os sujeitos de estudo desta pesquisa.

A segunda etapa foi a localização dos residentes que trabalham no ambulatório do HU e que dão atendimento em clínica médica. Para essa localização contamos com o apoio de alguns bolsistas da UFSC que estavam trabalhando no HU nesse momento. Esses bolsistas nos atenderam de forma solícita, pois que, eles têm idéia do quanto é complicado fazer pesquisa, porque envolve além do pesquisador várias outras pessoas que podem tanto ajudar quanto atrapalhar ainda mais o seu trabalho. Os bolsistas nos indicaram o local e o horário mais apropriado para procurar e conversar com os residentes.

Na terceira etapa, que ocorreu nos meses de maio e junho de 2004, visitamos os 9 residentes e os 9 médicos especializados em clínica médica e que atendem pacientes no ambulatório do HU e propusemos uma entrevista estruturada para que pudéssemos conhecer, através da análise dos dados coletados, qual o fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU da UFSC, isto é, hipocondríaco ou poliqueixoso, e também para identificarmos o perfil desses pacientes. Nessa etapa fomos bem sucedidas pois, todos os residentes responderam o questionário com a maior boa vontade. Quanto aos 9 médicos houve inicialmente uma pequena apreensão por parte da pesquisadora que foi ficando a vontade quando percebeu a recepção

positiva que os médicos estavam dando ao trabalho. Somente um dos médicos negou-se a preencher o questionário alegando não ter tempo de ler tudo. Houve também outro médico que na resposta do questionário citou seus dados pessoais, respondeu a primeira questão, mas mencionou que não tinha dados para continuar a responder as outras questões. Dessa forma, nesta pesquisa computamos as respostas de 7 médicos e 9 residentes. O que nos dá um total de 16 questionários respondidos e analisados pela pesquisadora.

A entrega dos questionários foi realizada pessoalmente pela pesquisadora e os médicos e residentes tiveram que autorizar o uso das entrevistas a pedido do Comitê de Ética. No momento da entrega dos questionários aproveitamos para conversar rapidamente com esses profissionais da saúde sobre o tema da pesquisa, procurando conhecer o que eles achavam sobre o mesmo. Muitos médicos se surpreenderam quando apresentamos o tema, pois que, como eles mesmos mencionaram são muito poucas as pesquisas sobre os fenômenos da hipocondria e das poliqueixas. Alguns se mostraram bastante interessados no tema e começaram até a citar alguns casos.

Geralmente entregávamos os questionários para os médicos e residentes quando estes estavam se preparando para atender a sua primeira consulta do dia. A maioria dos profissionais devolviam os questionários preenchidos no final de todas as consultas. Alguns pediram um tempo maior para respondê-los e a pesquisadora, é claro, que não fez objeção nenhuma quanto ao pedido.

Durante a entrega do questionário aos médicos aconteceu algo inesperado pela pesquisadora, ou seja, passamos a nos sentir analisadas. Isso aconteceu porque a pesquisadora tem o mesmo sobrenome de um médico bastante conhecido em Florianópolis, que inclusive exerceu diversos cargos importantes, como por exemplo: o de Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE) e também já exerceu o cargo de Presidente da

Associação Catarinense de Medicina, estamos falando do dr. Euclides Reis Quaresma. Todos os médicos quando iniciavam a leitura da documentação do Comitê de Ética, onde constava o nome da pesquisadora, logo perguntavam sobre o parentesco entre o dr. Quaresma e a pesquisadora Quaresma. Também é interessante mencionarmos que alguns médicos já sabiam da presença da pesquisadora no HU antes mesmo dela chegar a eles, inclusive houve médicos que interrogaram a pesquisadora achando que esta fosse médica também.

Passemos agora a relatar como ocorreu a quarta etapa da pesquisa, que aconteceu nos meses de julho a setembro de 2004. Nesta etapa convidamos 2 residentes e 2 médicos para uma entrevista semi-estruturada para aprofundamento do tema. Os 2 residentes que entrevistamos encontravam-se terminando a residência no HU e os 2 médicos trabalham no ambulatório há mais de 20 anos. Este convite não ocorreu de forma casual, ou seja, fizemos o convite para os médicos e residentes que mostraram grande interesse pelo tema. Podemos dizer que todos se mostraram interessados, mas esses 4 que escolhemos deixaram transparecer a vontade de falar sobre os fenômenos e foi assim que os convidamos para fazerem parte da pesquisa.

Todas as entrevistas transcorreram de forma bastante tranquila pois, não sentimos em nenhum momento que os médicos ou residentes estivessem impondo uma autoridade de saber ou de conhecimento para com uma pessoa leiga na área médica, inclusive eles iam explicando alguns termos da área médica que eram desconhecidos para a pesquisadora. Houve muito respeito entre os saberes das partes. Estamos comentando essa recepção pois, algumas pessoas sugeriram à pesquisadora não trabalhar com os médicos, alegando que eles eram muito arrogantes devido ao seu conhecimento e seria inútil tentar entrevistá-los. Hoje podemos dizer a essas pessoas que a arrogância está na forma com que elas vêem esse poder e não nas pessoas dos profissionais. Ficamos imensamente gratas pela recepção que tivemos por parte de todos os médicos e

residentes do ambulatório do HU, incluindo aqui, a diretora de Medicina e os funcionários e bolsistas do HU.

Gostaríamos também de indicar aos profissionais que fizeram parte desta pesquisa e que por ventura venham a ler esta dissertação, que não encarem este trabalho em nenhum momento como uma crítica aos médicos clínicos, ou como uma crítica ao HU como instituição. Caso, durante a leitura deste trabalho, algum dado venha ser considerado como uma crítica, que ela seja encarada como uma crítica construtiva na forma colaborativa entre disciplinas como Medicina e Sociologia, pois como diz Velho (1985): a “Ciência Social não deve abdicar de seu caráter crítico, sob pena de condenar-se a esterilidade”. Mas a nossa pretensão nesta pesquisa não é de criticar a postura nem tampouco a conduta desses profissionais da saúde em relação aos pacientes hipocondríacos/poliqueixosos, mas colaborar dando voz aos médicos para falar de um problema que é muito pouco pesquisado e até mesmo muito pouco mencionado na própria bibliografia de trabalhos na área médica.

1.3 - O que será contemplado nesta dissertação

Após todas essas explicações quanto à pergunta inicial da pesquisa, ao campo, a metodologia empregada e os objetivos da pesquisa, por fim passaremos as explicações referentes aos capítulos que fazem parte desta dissertação.

Começamos este item do trabalho apontando que por opção da pesquisadora, os 2º e 3º capítulos realizarão uma mostra da história da ciência médica nas sociedades ocidentais. Achamos conveniente fazê-la pois, consideramos que o modo como os médicos e residentes percebem o paciente poliqueixoso e o hipocondríaco encontra-se inserido dentro de um certo contexto histórico e social que foi edificando a história da ciência médica através dos séculos.

Entendemos também que só poderemos compreender melhor a percepção desses profissionais da saúde em relação aos dois fenômenos, hipocondria e poliqueixas, se levarmos em conta como eles são socializados dentro dos vários cursos de Medicina para perceber esses pacientes. Dessa forma, talvez seja oportuno destacar que essa maneira que encontramos de mostrar como se originou essa percepção médica faça parte da metodologia deste trabalho, ou seja, estaremos utilizando a história da ciência médica como um dos instrumentos metodológicos deste trabalho de pesquisa.

Com certeza esta dissertação apresenta-se um pouco mais ampla do que gostaríamos que fosse, mas esta é a forma que escolhemos para demonstrar que a história da ciência médica não se constituiu de uma evolução linear pois, dentro dela percebemos períodos de turbulência, imobilidade, bifurcações, inovações que foram determinados pelos mais variados Estilos de Pensamento que fizeram da ciência médica uma totalidade complexa, de momentos de ordem e desordem que obedecem também a certos determinismos e acasos.

Dessa forma, no 2º e 3º capítulos desta dissertação escolhemos introduzir a história da Medicina perpassada pela epistemologia. A epistemologia pode ser definida como um estudo metódico e reflexivo do saber científico, neste estudo se enquadram: como ocorreu a organização do saber, a sua formação, seu desenvolvimento, seu funcionamento e o produto intelectual desse saber (JAPIASSU, 1991).

Foram muitos os autores que se dedicaram à epistemologia da ciência, entre eles destacamos: Thomas Khun (1922-1996), Paul Feyrabend (1924-1994), Gaston Bachelard (1884-1962), Karl Popper (1902-1994). Mas nós escolhemos abordar a história da Medicina através das teorias de um novo epistemólogo. Quando pronunciamos “novo” é por causa do pouco uso de suas teorias nas Ciências Sociais, ou seja, apesar de ser contemporâneo de Popper e Bachelard, ambos muito referenciados nas Ciências Sociais, as teorias desse autor são mais trabalhadas por

pesquisadores da área da saúde. Consideramos que o pesquisador que tem como objeto a produção de conhecimento científico na área da saúde deve, pelo menos, conhecer um pouco da obra epistemológica de Ludwick Fleck que além de epistemólogo era médico. E como este trabalho tem como objeto de estudo a área médica, ou seja, a percepção médica em relação aos hipocondríacos e os poliqueixosos, resolvemos utilizar como referencial de análise as teorias de Fleck, principalmente suas categorias de Estilo de Pensamento (EP) e Coletivo de Pensamento (CP) que este autor utiliza para explicar o desenvolvimento do saber científico. Dessa forma, utilizando as categorias de CP e EP de Fleck pretendemos compreender as falas que são articuladas pelos médicos e residentes do HU em relação as poliqueixas e a hipocondria.

Sendo assim, nos dois capítulos iniciais deste trabalho teremos como foco um pouco do contexto histórico que se constituiu como o nascedouro da ciência médica. Enfocaremos também como ocorreu a organização da profissão médica e o estabelecimento, nas sociedades ocidentais, das faculdades de Medicina e dos hospitais, ou seja, no 2º capítulo apontaremos alguns aspectos históricos e sociológicos da ciência médica nas sociedades ocidentais e no 3º capítulo, apresentaremos o desenvolvimento da Medicina no Brasil mesclada com o conhecimento dos indígenas e dos escravos africanos e enfocaremos um pouco da constituição da profissão médica no Brasil. Durante esses dois capítulos procuraremos apontar os vários Estilos de Pensamento que permearam e ainda permeiam a história da ciência médica nas sociedades ocidentais.

No 4º capítulo estaremos apresentando um pouco da história da Universidade Federal de Santa Catarina e como se tornou imprescindível a construção de um hospital universitário que desse suporte aos cursos da área de saúde da UFSC, sendo que, neste trabalho daremos especial atenção ao curso de Medicina da UFSC. Esse curso, como veremos ainda no 3º capítulo, também se encontra permeado de vários Estilos de Pensamento e estes fazem parte do *habitus* do grupo social dos médicos pois, de certa forma exercem coerção sob o modo de pensar e agir dos futuros

médicos. No 4º capítulo estaremos apresentando também como ocorre a atividade médica dentro dos hospitais e apontaremos o perfil dos entrevistados para esta pesquisa. Além disso, apresentaremos uma pequena parcela da organização burocrática existente no ambulatório do HU quanto ao atendimento dos pacientes pelos médicos e residentes.

No 5º capítulo conheceremos um pouco mais sobre os transtornos hipocondríaco e poliqueixoso, ou seja, o que se fala sobre eles na atualidade.

No 6º capítulo verificaremos, segundo a percepção² dos médicos e residentes entrevistados para esta pesquisa, que são os pacientes poliqueixosos que apresentam frequência maior no ambulatório do HU; identificaremos o perfil dos pacientes poliqueixosos; destacaremos quais são os discursos que os médicos e residentes entrevistados articulam sobre as poliqueixas e sobre os poliqueixosos e verificaremos também quais as condutas desses médicos em relação a esses pacientes. Procuraremos indicar quais os EPs que tecem essa percepção médica dentro do ambulatório do HU e por fim apontaremos o que esses profissionais da saúde pensam que poderia ser realizado dentro do HU para minimizar o sofrimento desse tipo de paciente.

² Devemos esclarecer que entendemos o conceito percepção como integrante do *habitus* do indivíduo pois, a percepção é algo que se desenvolve a partir de um processo de aprendizagem onde a experiência prévia, geralmente, condiciona as percepções posteriores. Comumente um indivíduo percebe o mundo a sua volta de acordo com seus interesses, experiências passadas, sua socialização e capacidade de percepção. Os indivíduos não se limitam simplesmente em reconhecer algo, mas sempre atribuem um valor, seja ele positivo ou negativo, agradável ou desagradável, útil ou inútil naquilo que ele percebe (CASTILLO, 1984).

Capítulo 2 - Alguns aspectos históricos e sociológicos da arte de curar e hospitalizar nas sociedades ocidentais

O desenvolvimento da ciência não se efetua por acumulação dos conhecimentos, mas por transformação dos princípios que organizam o conhecimento.

Edgar Morin (1999b: 137).

Neste capítulo realizaremos um resgate dos principais aspectos históricos e sociológicos para a compreensão das transformações pelas quais a Medicina e a hospitalização percorreram até chegar ao século XXI. Nossa intenção com esse resgate é demonstrar que ao longo dos séculos coexistiram vários Estilos de Pensamento (EPs) que foram edificando a história da Medicina e conseqüentemente da hospitalização e que influenciaram toda a visão médica relativa às várias doenças e as mais variadas formas de tratamentos de todas elas. Dentro da história da ciência médica poderemos vislumbrar também como ocorreu a organização da profissão médica e o estabelecimento das faculdades de Medicina.

Para explicar os EPs devemos retomar um pouco de como são desenvolvidos os fatos científicos e para isso utilizaremos a visão do epistemólogo da área da saúde Ludwik Fleck (1896-1961). Para este médico e filósofo o desenvolvimento de um fato científico pode ser explicado pelas idéias iniciais do passado, que ele chama de protoidéias. Essas protoidéias não devem ser avaliadas como corretas ou incorretas, mas devem ser analisadas dentro do contexto histórico e sociocultural em que foram criadas. Fleck considera que essas protoidéias vão sendo modificadas através do tempo, sofrendo reinterpretações de acordo com o pensamento vigente no momento, ou seja, o pensamento vai sofrendo modificações, ou melhor, reorganizações para se adaptar ao meio em consonância com o sistema. Mas nem todos os fatos científicos atuais são provenientes de uma protoidéia e nem toda protoidéia será cristalizada em fato científico (FLECK, 1986 *apud* CUTOLO, 2001).

Os novos conceitos estruturados se são dependentes da evolução de idéias antigas devem ser considerados como conceitos construídos historicamente, mas não devem ser considerados como verdades absolutas pois, eles se encontram sempre em reformulação. Algumas idéias podem até se tornar dominantes mas sempre serão em caráter temporário. Dessa forma, as novas idéias ou pensamentos estruturados em determinadas épocas é que são considerados os EPs (PFUETZENREITER, 2002).

A ciência, na visão fleckniana, é realizada cooperativamente por grupos de cientistas com convicções empíricas e especulativas mais ou menos semelhantes, seriam os chamados Coletivos de Pensamento (CPs). Esses grupos não devem ser entendidos como uma classe social ou um grupo fixo, ele existe sempre que duas ou mais pessoas trocam idéias (FLECK, 1986). A forma como cada grupo vê a ciência em determinado contexto histórico, social e cultural, se constitui no EP de um determinado grupo, ou seja, cada CP é portador de um EP. Os CPs não são estáticos, mas interagem entre si estabelecendo outras novas conexões que vão dar origem a outros EPs. Explicando um pouco melhor, podemos dizer que os grupos e seus diferentes enfoques se influenciam mutuamente e se entrelaçam tornando o conhecimento em constante transformação. É claro que isso nem sempre se dá de forma harmônica, há conflitos entre os CPs. Mas de qualquer forma, CP e EP são interdependentes e inseparáveis, onde os EPs nunca devem ser tomados como verdades absolutas. Isso nos lembra Popper quando este epistemólogo aponta que no conhecimento científico não existem verdades absolutas, a verdade é sempre de natureza provisória, onde a ciência encontra-se em constante modificação (MAGEE, 1977).

Na ciência médica, como não podia deixar de ser, houve vários CPs e cada um deles foi estruturando seu EP. Esses EPs conviveram ao mesmo tempo e foram edificando toda a história da Medicina. Ao longo dos séculos o desenvolvimento em todas as áreas médicas foi tão expressivo que obrigou os médicos, ou melhor, os diversos CPs a constantes atualizações e

modificações das concepções então vigentes e até a elaboração de novas definições conceituais de acordo com novas observações realizadas sobre os mesmos fenômenos ou doenças. Isso acabou ocasionando que diversos novos EPs foram sendo elaborados ao longo da história da ciência médica e continuam a serem elaborados, tornando o campo do saber na área médica cada vez mais complexo.

Cutolo & Delizoicov (1999) estudando a evolução histórica da Saúde Pública identificaram, através da obra de Rosen (1994), três grandes EPs em Medicina, são eles: o biologicista/organicista, higienista/preventista e Estilo de Pensamento social. Da Rós (2000) identificou, a partir do exame de produções acadêmicas em Saúde Pública, 11 EPs diferentes. Além disso, podemos considerar por exemplo, a Medicina Homeopática, a Medicina Psicossomática, a Medicina Antroposófica³ como sendo Estilos de Pensamento que fazem parte da ciência médica. Mas escolhemos neste trabalho de revisão bibliográfica focalizar, em princípio, os três grandes EPs: o biologicista/organicista, o higienista/preventista e o social e na medida do possível iremos apontando outros.

No EP biologicista/organicista é desconsiderado o social na causação das doenças. Observando a história da Medicina verificamos que este Estilo de Pensamento pode ser visto desde sempre pois, o homem sempre procurou uma causa orgânica para seus males. Neste trabalho veremos que este EP ganhou um peso extra na história das ciências médicas com a elaboração nos Estados Unidos do relatório Flexner no início do século XX.

O EP higienista/preventista pode ser vislumbrado, por exemplo, desde Hipócrates quando este médico determinava que a saúde só podia ser mantida se o indivíduo seguisse um estilo de

³ Medicina antroposófica é uma ampliação da Medicina acadêmica que é reconhecida pelo CFM como uma prática médica que busca compreender e tratar o ser humano considerando sua relação com a natureza, na vida emocional e na individualidade. Ela se utiliza da alopatia, homeopatia e fitoterapia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA, 2004).

vida consoante com as leis naturais. Este é um dos princípios básicos da Medicina hipocrática que pode ser considerada como uma forma preventiva de se manter a saúde. Mais tarde surgiu a Medicina higienista/ preventista da polícia médica na Alemanha que se caracterizava por uma forte intervenção do Estado atuando em medidas locais. No EP social a doença é mediada e determinada socialmente. Neste caso a Medicina Social ganhou grande impulso com a consolidação da ordem capitalista.

Nesta parte do trabalho pretendemos mostrar, passando em revista alguns aspectos históricos e sociológicos da história da Medicina, que esses três grandes EPs, apontados acima, se mesclam desde a Antiguidade e permeiam ainda hoje a Medicina nas sociedades ocidentais tornando-a cada vez mais complexa. Sendo assim, começaremos apresentando a arte de curar na Antiguidade (3000 a.C. - século V d.C.). Escolhemos mostrar os sumérios, os assírios e os babilônios na Mesopotâmia e também, os egípcios, os gregos e os romanos. Depois avançaremos para a Idade Média (século V ao XV), Idade Moderna (século XV ao XVIII) e por fim a Idade Contemporânea (século XVIII até nossos dias). Nestes três últimos períodos nos restringiremos a verificar os EPs nas sociedades ocidentais e também apontaremos outros EPs que fazem parte da ciência médica, como por exemplo, o EP que denominaremos de tecnocientífico e também o psicossomático. Também tentaremos verificar quais desses EPs, que estarão sendo vislumbrados nesta revisão bibliográfica, têm influência na percepção médica em relação aos transtornos que estaremos pesquisando neste trabalho, ou seja, hipocondríaco e poliqueixoso.

2.1 - Antiguidade (3000 a.C. ao século V d.C.)

A palavra Medicina origina-se do latim e tem como significado a arte de curar. Os povos das sociedades tradicionais sabiam que os indivíduos podiam adoecer em função de um

ferimento, ou seja, esses povos estabeleciam uma relação de causa e efeito para com as doenças causadas por agentes externos, tais como as fraturas e os ferimentos e foi isso que deu lugar ao nascimento da Medicina empírica. Já as doenças internas, cujas origens não possibilitavam uma explicação acessível a eles, eram atribuídas as causas sobrenaturais.

De qualquer forma em todas as sociedades se aprendeu muito cedo a combater o mal físico com os meios disponíveis. Os rudimentos da Medicina empírica já eram conhecidos na Mesopotâmia entre os sumérios, assírios e babilônios desde a 1ª metade do terceiro milênio. Segundo Le Goff (1997), desde essa época os médicos examinavam os doentes e preparavam suas drogas dos elementos extraídos da natureza: das plantas, frescas ou secas; dos minerais, sais e pedras; e dos animais, sangue, ossos e excrementos. Estes elementos eram preparados em forma de loções, poções, cataplasmas, etc e eram utilizados pelos pacientes. Os sumérios consideravam o fígado como o órgão mais importante do corpo humano, sede da alma, e também era considerado o centro de distribuição do sangue. Mas esta Medicina empírica era apenas um dos meios de se combater as doenças.

O outro meio de cura empregado na Mesopotâmia era fundado sobre um sistema de pensamento mitológico e teológico cujo especialista era o exorcista, que tinha como objetivo expulsar o mal tanto do corpo, como do espírito. O mal era considerado como uma realidade material trazida de fora pelos demônios e colocada no corpo do doente e dessa forma, acreditava-se que o doente estava possuído por um demônio ou fantasma. Isso ocorria devido à vontade dos deuses em castigar o doente por causa de alguma transgressão às normas das sociedades daquela época. Cabia ao exorcista, através de rituais, implorar aos deuses a cura do doente. Nesta época os principais pecados que se acreditavam serem causadores das doenças, eram entre outros: excitar o pai contra o filho e o filho contra o pai; entrar na casa do próximo; conquistar a mulher do amigo; dividir uma família unida, etc (LOPES, 1970). Dessa forma, podemos dizer que esses

povos da Mesopotâmia apresentavam como apoio na sua arte de curar um EP mágico-religioso que já se mesclava com os primórdios de um EP organicista, ou seja, como uma protoidéia desse Estilo de Pensamento.

Alexander (1968:35) aponta que esse método mágico de entender a doença já podia ser considerado como uma distinção psicológica, ou seja, quando o homem associava algumas doenças que não tinham causa aparente à magia, ele de certa forma, sem saber, estava associando-as a forças psicológicas. Nesse caso o que eles deixaram de reconhecer é que essas forças não se encontravam fora dele, mas que eram “seus próprios e inaceitáveis, desejos, temores e impulsos”. Sendo assim, talvez pudéssemos apontar aqui uma protoidéia da psicologia e da psicanálise que com o passar dos séculos irá se organizando num novo EP.

Muitas vezes o médico e o exorcista tratavam o mesmo paciente, cada um com seu método peculiar, ou seja, o médico com seus unguentos e o exorcista com suas orações, amuletos, os quais são denominados hoje como sendo o princípio do placebo. Nas sociedades atuais, ainda muitas vezes, persiste este método de cura, ou seja, os indivíduos se utilizam da Medicina científica aliada aos rituais exorcistas ou místicos.

Entre os povos da Mesopotâmia a prática curativa, além do exorcismo e das drogas de origem vegetal e animal, incluía: a cirurgia, a astrologia, e também a interpretação dos sonhos. O prognóstico do doente era decidido por meio de adivinhações e de presságios baseados no exame do fígado de carneiro. Eram também utilizadas as análises de sangue, urina e saliva do doente. Os médicos da Mesopotâmia já conheciam as doenças dos olhos e ouvidos, reumatismo, doenças cardíacas e doenças venéreas (LE GOFF, 1997).

Na Medicina dos assírios e babilônios a prática médica era privilégio dos sacerdotes. Mas as cirurgias deviam ser praticadas pelos homens do povo. Entre 1728 e 1626 a.C. Hamurabi, o mais importante rei da Babilônia, com o objetivo de disciplinar a vida econômica e garantir a

propriedade privada da terra elaborou o primeiro código jurídico escrito que se conhece. Esse código adotava o princípio de Talião “olho por olho, dente por dente”, nele ficava determinado que o castigo do criminoso deveria ser equivalente ao crime cometido. O código dispunha também sobre a responsabilidade civil e penal dos médicos e determinava os honorários. Os artigos de número 215 a 219 do código impunham pesado imposto ao médico pelo dano causado a alguém, por exemplo: se um médico tratava alguém de uma ferida grave e o curava deveria receber uma certa quantia em dinheiro. Em contrapartida, se um médico tratava alguém de uma ferida grave e não conseguia obter a cura para o seu paciente, deveriam ser cortadas às mãos do médico. Se o médico tratava o escravo de um liberto de uma ferida grave e o matava, deveria dar outro escravo para o liberto. Dessa forma, os sacerdotes prestavam contas aos deuses, enquanto que os cirurgiões prestavam contas ao Estado (COTRIM, 1999). Além disso, os médicos assírios e babilônios eram astutos observadores da natureza e contribuíram com importantes avanços para a Medicina empírica.

A Medicina egípcia era fortemente influenciada pela religião (magia e crenças). Os egípcios acreditavam na imortalidade da alma e também tinham algum conhecimento de anatomia humana. A técnica de embalsamar era uma prova deste conhecimento, mas esta técnica era destinada somente aos nobres e reis. O médico egípcio era considerado um homem de vasto saber e podia ser remunerado por meio de presentes. Havia hierarquia entre os médicos e as mulheres também podiam exercer a Medicina. Os médicos da família real e dos nobres tinham assegurado o seu sustento e aqueles que trabalhavam nos templos recebiam de acordo com o orçamento do templo.

Para os egípcios a função vital do organismo estava na respiração e na circulação. O coração era o centro do corpo humano. A prática médica dividia-se em duas escolas: a empírica, cara e reservada aos ricos e à família real; e a mágico-ritualística, barata e popular. A prática

médica era dividida em inúmeras especialidades, de acordo com um órgão ou função orgânica determinada, assim tínhamos, os especialistas dos olhos, dos dentes, do coração, dos intestinos. Os egípcios utilizavam remédios variados: mel, cerveja, frutas e especiarias, ópio, produtos de origem animal, sal e antimônio. As cirurgias incluíam, dentre outras práticas, as drenagens de abscessos e furúnculos, a extirpação de tumores e a trepanação (perfuração dos ossos). Foram os egípcios que legaram aos gregos muitos dos elementos que foram desenvolvidos pelos médicos helênicos (LOPES, 1970).

Os gregos utilizaram-se da matemática egípcia e da astronomia babilônica para fundamentar a filosofia e a lógica da Medicina grega. Eles acreditavam na influência dos deuses nas questões relativas à vida e à morte sendo a doença vista, inicialmente, como um castigo dos deuses. A doença tornava o homem menos digno e o papel do médico era de ajudar o doente a recuperar a dignidade. Uma doença incurável, nesta época, era considerada razão suficiente para o suicídio (NUNES, 1999). Percebemos que continua a existir na Grécia o EP mágico-religioso.

A Medicina grega, baseada na mitologia, aponta Asclépio como o deus da Medicina. O culto a esse deus, como divindade curadora, se expandiu por toda a Grécia chegando a Roma onde ele é conhecido como Esculápio. Asclépio ou Esculápio possuía duas filhas que o auxiliavam na arte de curar: Panacéia que era versada em conhecimentos sobre todos os remédios da terra, capaz de curar qualquer doença humana, e Hígia, responsável pelo bem-estar social, pela manutenção da saúde e prevenção das doenças, cuidava da higiene e da saúde pública (REZENDE, 1989).

Segundo Antunes (1991) nos séculos II e III a.C. foram edificadas mais de 200 templos destinados ao culto de Esculápio (Asclépio). Os mais famosos ficavam em Epidauro, Cnido, Cós, Atenas, Cirene e Pérgamo. Esses templos eram procurados pelos doentes na esperança de serem curados por intervenção divina, mas não havia a internação dos doentes. As pessoas sadias

também recorriam aos templos para pernoitar, era o caso de muitos viajantes e peregrinos que aproveitavam as vantagens desses templos, pois que, neles se encontrava: latrinas comunitárias, locais para banho, água potável, etc. Hegenberg (1998) considera que esses templos tinham características de hospitais, onde as pessoas iam para se tratar de doenças e purificar-se através de banhos e dietas.

Os templos eram suntuosamente edificadas e também eram utilizados para o ritual do sono sagrado. Este rito consistia em ir ao templo para dormir e receber em sonho a visita de entidades curativas. Os sonhos eram interpretados pela classe sacerdotal vinculada ao templo e neles se revelava qual o procedimento que deveria ser executado pelo doente para a recuperação da saúde. O doente antes de sua saída do templo fazia uma oferenda em dinheiro ou objetos de valor e deixava o registro de sua cura numa placa a ser exposta na entrada do templo a fim de divulgar os sucessos alcançados. Era costume, nesta época, escrever nos pilares e paredes dos templos o nome dos remédios que se comprovavam eficazes. Os dados que eram deixados nos templos se consolidaram em uma espécie de prontuário clínico e guia prático que era consultado por todos (FAXON, 1943 *apud* ANTUNES, 1991).

Na Grécia Antiga as mulheres não podiam dar a luz dentro do terreno consagrado ao templo e os doentes em estado grave também não podiam permanecer lá. Somente em 170 d.C. que o senador romano Antonio (?-?) manda construir dois edifícios anexos aos templos. Um deles servia como maternidade e o outro como refúgio para os moribundos (ANTUNES, 1991).

Existia também na Grécia Antiga, simultaneamente ao culto de Asclépio, uma Medicina leiga exercida pelos: *periodeutas*, que eram peregrinos que preparavam e vendiam medicamentos; *rizótomos*, que se ocupavam da colheita de ervas e raízes medicinais; *litotomistas*, que extraíam cálculos urinários; e por fim as parteiras, os *ginastas* (médicos assistentes) e os *arquiattras* (chefes dos médicos) que eram médicos eleitos e pagos pelos

cidadãos para atender os doentes sem recursos nos dispensários, chamados de *Iatreion*. Nesses dispensários os enfermos submetidos a intervenções cirúrgicas albergavam e era lá também que esses médicos leigos ensinavam a sua arte aos seus discípulos (ANTUNES, 1991).

Os médicos nesta época tinham também vários servidores, geralmente escravos, que no transcurso do tempo também aprendiam a Medicina. Dessa maneira, formava-se uma divisão do trabalho e da prática médica na Antiguidade Clássica. Os chamados médicos escravos tratavam escravos usando uma Medicina essencialmente empírica, enquanto os médicos livres tratavam homens livres, usando a Medicina racional (LOPEZ PIÑERO, 1982).

Várias escolas médicas foram fundadas na Grécia em cidades como, por exemplo, Crotona, Cnido, Cós. Essas escolas eram ligadas a médicos famosos que ensinavam uma Medicina fundada sobre a *physiologia* ou ciências naturais (LAÍN ENTRALGO, 1978). O 1º grande médico grego foi Alcmeon (560-500 a.C.) que deu as bases científicas à Medicina grega. Este médico foi quem realizou a primeira dissecação de um cadáver humano e sugeriu que os sentidos da visão e da audição estivessem ligados ao cérebro. Ele era um mestre da Anatomia e da Fisiologia. Ele descobriu os nervos ópticos, a trompa de Eustáquio (ouvido) e fez a distinção entre veias e artérias. Ele foi o primeiro a caracterizar a saúde como um equilíbrio no corpo humano de qualidades opostas, como o frio e o quente, o úmido e o seco, o doce e o amargo, e a caracterizar a doença como o predomínio de uma delas, baseando-se para isso na idéia de Pitágoras (560-480 a.C.) sobre o equilíbrio baseado em proporções numéricas definidas.

Outro notável membro da Medicina grega foi Empédocles (500-430 a.C.) que definiu os quatro elementos: terra, água, ar e fogo, como sendo os constituintes de todas as coisas, as quais variavam entre si na proporção em que entrava cada um desses elementos. Para ele, a doença era provocada por desequilíbrio entre esses elementos na constituição do corpo humano.

Mas o médico mais famoso da Grécia Antiga foi Hipócrates (460-370 a.C.), considerado o Pai da Medicina, nascido na ilha de Cós era filho e neto de médicos tendo aprendido a Medicina grega com os mesmos na famosa Escola de Cós. Hipócrates conquistou enorme reputação devido a seu talento e habilidades. Ele substituiu os deuses pela apurada e perseverante observação clínica de seus pacientes, dessa forma, ele se opõe a Medicina dos templos e difunde que ela devia se basear no estudo dos doentes. Ele foi o idealizador de um modelo ético e humanista da prática médica, dedicando-se incansavelmente à arte de curar. Criou métodos de diagnóstico baseado na inquirição (filosofia) e raciocínio (lógica). É este médico quem chama a atenção, pela primeira vez, para a qualidade da relação entre o médico e o paciente no processo de cura. Hipócrates escreveu diversas obras onde as descrições são bastante precisas e objetivas.

A escola médica grega ligada ao nome de Hipócrates pregava que o corpo humano continha quatro humores: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra que eram procedentes, respectivamente: do coração, cérebro, fÍgado e baço. A doença seria devido a um desequilÍbrio entre os humores. Foi Hipócrates que a partir da teoria dos humores esboçou as primeiras noções sobre a hipocondria que ele associava a melancolia. Para este médico grego a melancolia era causada pela bÍlis preta e podia ser curada com purgativos. Nesta época acreditava-se que várias doenças, hoje tidas como psicológicas, eram conseqüências do biológico (ALEXANDER, 1968).

Nas teorias hipocráticas cabia ao médico grego tentar restabelecer o equilÍbrio destes elementos através de principalmente à prescrição de dietas. Os discípulos de Hipócrates consideravam que o ambiente e o estilo de vida das pessoas influenciavam no seu estado de saúde. Saúde significava mente sã em corpo sã e só podia ser mantida se o indivíduo seguisse um estilo de vida consoante com as leis naturais, sendo este, o princípio básico da Medicina hipocrática. Esses médicos gregos foram os primeiros a basear-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo, ou seja, a Medicina grega começa a se afastar do misticismo, começa a se

tornar uma ciência racional, mas ainda estava longe de ser uma Medicina científica (LE GOFF, 1997). Podemos perceber que o EP hipocrático era o organicista, mas também predominava o EP preventista e ambos coexistiam com o EP mágico-religioso.

Até o século III a.C. o exercício profissional da arte de curar em Roma era menosprezado. As pessoas que praticavam a cura eram os gregos tomados como escravos que ficavam a serviço das famílias. Foi a partir deste século que começaram a chegar em Roma, originados da Grécia, os médicos denominados cirurgiões, mas esses médicos não foram aceitos pela população romana de imediato. As resistências só foram superadas quando Roma foi assolada por uma forte epidemia e foi em consequência desta epidemia que o Imperador Júlio César (100-44 a.C.) concede a cidadania aos médicos, em 46 a.C.

Em Roma os procedimentos médicos racionais eram mesclados com as mais variadas práticas, como por exemplo: a prescrição do vinho, as massagens, os banhos, as dietas e o repouso. Havia mais de 200 instrumentos cirúrgicos disponíveis para as operações. O mais famoso médico em Roma foi o grego Cláudio Galeno (131-201 d.C.) que exerceu a Medicina como cirurgião oficial dos gladiadores e também, devido ao seu sucesso na prática da Medicina, tornou-se médico da família imperial. Coube a Galeno caracterizar a hipocondria como um mau funcionamento dos hipocôndrios, órgãos situados sob as falsas costelas. As doenças mentais nesta época eram consideradas como disfunções do funcionamento orgânico resultante das paixões e também das perturbações do equilíbrio dos humores (VOLICH, 2002). Galeno desenvolveu várias drogas, tipos de dietas e também utilizava-se da fisioterapia e ações semelhantes. Por ter desenvolvido inúmeras preparações farmacológicas é considerado o Pai da Farmácia.

No século I d.C., em Roma, foram instalados os Valetudinárias que eram como hospitais militares de campanha compostos por médicos e enfermeiras. Esses hospitais eram dispostos ao

longo das fronteiras do Império e sempre distantes dos centros populosos. Eles eram estrategicamente montados para a recuperação dos doentes e feridos, para que estes pudessem ser reaproveitados nas guerras. Conforme Antunes (1991), os Valetudinárias podem ser considerados como precursores dos hospitais no ocidente. Tanto os enfermos ali instalados como os funcionários eram tratados com muito rigor pois, estavam sujeitos a uma disciplina militar.

No século II, em 117 d.C., o imperador romano Adriano (76-138 d.C.) concede aos médicos vários privilégios, entre eles: isenção de impostos e a dispensa do serviço militar. De 205 a 235 d.C. foram edificadas salas para o ensino médico e foi regulamentada a carreira de docência (ANTUNES, 1991).

Com a entrada da era cristã não foram abolidos os velhos costumes gregos, ou seja, os doentes em vez de se reunirem nos templos, como na Grécia, eram abrigados nos mosteiros. Dessa forma, no século IV d.C. foram fundados pelo clero vários estabelecimentos que se destinavam ao cuidado e abrigo dos doentes. No Concílio⁴ de Nicéia em 325 d.C. ficou estabelecido que os bispos deveriam receber e atender todas as classes de desprovidos que estivessem nas imediações de suas dioceses. Eram considerados desprovidos: os doentes, peregrinos, viajantes, famintos, etc. Dessa forma, foi-se criando um asilo em cada cidade, pois que, em todas elas havia no mínimo uma catedral.

Entretanto com o advento do cristianismo há uma certa estagnação daquela Medicina racional dos gregos, pois ela passa a ser vista como uma ciência pagã, contra a qual a Igreja investiu e tomou medidas ativas. Muitos discípulos de Galeno foram excomungados por causa de seus trabalhos com a Medicina pagã. Mas de qualquer forma foi através da Igreja que começou o interesse pelo cuidado com o doente e são as ordens religiosas que assumem este cuidado. A

⁴ Concílio são assembleias de bispos, que de acordo com o Papa, decide sobre questões de doutrina e disciplina eclesiástica.

doença, novamente, passará a ser vista como purificação, ou seja, o pensamento que vai predominar na Idade Média é de que a doença é um sofrimento e mediante a este a humanidade vai se aperfeiçoando, onde a prática com os cuidados deve se resumir em orar e benzer (NUNES, 1999). Eis que toma força o EP mágico-religioso. Mas nos últimos séculos da Idade Média o pensamento vai começar a tomar novos rumos.

2.2 - Idade Média (século V ao XV)

O período conhecido como Idade Média tem início em 476, com a queda do Império Romano do Ocidente, e termina em 1453, com a tomada de Constantinopla. Costuma-se subdividir a Idade Média em dois espaços de tempo: a Alta Idade Média (dos séculos V ao X), onde o sistema feudal encontrou seu apogeu, e a Baixa Idade Média (do século X ao XV) onde ocorre o declínio gradual do feudalismo. O período predominado pelo feudalismo se caracterizou como uma estrutura econômica, social, política e cultural que foi se edificando progressivamente na Europa ocidental em substituição à estrutura escravista da Idade Antiga. No feudalismo a posse da terra era o critério de diferenciação dos grupos sociais rigidamente definidos: de um lado, os senhores feudais, cuja riqueza provinha de posse territorial e do trabalho servil; do outro lado, os servos, vinculados a terra e sem possibilidades de ascender socialmente. Assim, a sociedade feudal era composta por dois grupos sociais: os senhores feudais, clero e nobreza; os servos e a população camponesa.

Durante a Idade Média a Igreja cristã tornou-se a maior instituição feudal do Ocidente. Sua riqueza, sua sólida organização hierárquica e a herança cultural greco-romana permitiram-lhe exercer a hegemonia ideológica e cultural da época caracterizada pelo teocentrismo. A Igreja atuava em todos os níveis da vida social, estabelecia normas, orientava comportamentos e

imprimia nos ideais do homem medieval os valores teológicos, isto é, a cultura religiosa. Neste período as ciências como: a Astronomia, a Medicina, a Matemática e a Física, não avançaram muito pois, a Igreja repudiava qualquer forma de pensamento que colocasse em risco as convicções religiosas, impondo dessa forma, barreiras à indagação científica. Durante a Idade Média enquanto a Europa mergulhava no obscurantismo cristianista os centros do saber médico se deslocaram para o Oriente, inicialmente para o Império Bizantino, e mais tarde para a Pérsia e os países árabes.

O advento do cristianismo nas sociedades ocidentais trouxe noções mais moralizadoras das doenças, ou seja, produziu-se a idéia de que uma enfermidade podia ser um castigo particularmente justo e adequado (SONTAG, 1984). Dessa forma, a Medicina medieval foi fortemente influenciada pelas convicções religiosas. Foram se desenvolvendo crenças nos poderes miraculosos das relíquias, amuletos, águas bantas, santos-óleos, esconjurações e exorcismo (REZENDE, 1989). Predominou nesse período, novamente, o EP mágico-religioso.

Na Idade Média as ordens religiosas se expandiram muito e de certa forma, isso deu condições para o desenvolvimento da arte de cuidar e asilar os doentes. Na maior parte das vezes os médicos medievais eram padres ligados a alguma ordem religiosa, ou seja, a Medicina monástica ou monastérica era simples e praticada por monges que apenas conheciam a Medicina popular, extraindo remédios das ervas medicinais cultivadas nos jardins dos mosteiros. Existiam poucos médicos laicos (LOPEZ PIÑERO, 1982). Os doentes não se reuniam mais nos templos, como na Grécia Antiga, mas eram abrigados nos mosteiros. Dessa forma, até fins do século X, a Medicina da Europa Ocidental se reduziu aos saberes clássicos conservados principalmente nos mosteiros católicos, mas houve alguns avanços, principalmente no que diz respeito à expansão dos asilos que com o tempo foram se transformando em hospitais.

Entre os séculos 527 e 565 o imperador romano Justiniano (482-565 d.C.) regulamentou os asilos que já existiam, ou seja, ele os definiu como: *Brephotrophia*, asilo para crianças enjeitadas pelos pais; *Orphanotrophia*, asilo para órfãos; *Gerontodochia*, asilo para idosos; *Ptocotrophia*, asilo para pobres e desesperados; *Xenodochia*, asilo para forasteiros; *Lobotrophia*, asilo para inválidos e leprosos; e finalmente *Nosocomia*, asilos para doentes em geral, são estes, que mais se assemelham aos hospitais contemporâneos. Os *Xenodochia* não se diferenciavam dos *Nosocomias* pois, a maioria dos forasteiros era peregrina que empreendiam longas caminhadas a título de penitência e durante elas adoeciam, dessa forma, nos *Xenodochia* além de hospitalidade havia também serviços de enfermagem (ROSEN, 1980).

O primeiro *Nosocomium* na Europa de que se tem notícia, era conhecido como *Ostia*, foi fundado na periferia de Roma entre os anos de 380 e 400 d.C., a mantenedora deste asilo foi Fabíola, hoje canonizada como Santa Fabíola. Esta mulher empregou toda a sua fortuna pessoal no sustento do *nosocomium* que estava instalado dentro de sua propriedade (ANTUNES, 1991).

A partir do século V foi-se multiplicando por toda a Europa o número de asilos. Até que em 542 d.C. o rei dos francos, Childeberto I, inaugura o *Hôtel Dieu de Lyon* e em 652 é colocado em funcionamento o famoso *Hôtel Dieu de Paris*.

Do século VI ao IX, a exemplo dos beneditinos⁵, ficou estabelecido que os conventos deveriam cumprir o dever cristão da hospitalidade através do estudo e da prática da Medicina. Aos monges era destinado, também, cultivar ervas e raízes com propriedades terapêuticas, ainda era dever deles copiar e traduzir os tratados médicos da Antiguidade. Para tanto ficou estabelecido que cada mosteiro tinha que dispor de um *Nosocomium* ou um *Xenodochium* anexo. E é assim que no século IX o *Concílio de Aachen* (816 d.C.), através de uma tradução para o

⁵ Ordem religiosa fundada no século VI, em Monte Cassino (entre Roma e Nápoles), por um nobre italiano chamado Benedito de Nursia

latim do termo grego *Nosokhomeion*, determina a utilização do termo hospital designado para atenção aos doentes. Foi neste Concílio que ficou sendo obrigatória a construção de *Hospitalis pauperum* em todas as dioceses e conventos (ANTUNES, 1991).

Mesmo a Medicina estando nas mãos das ordens religiosas, no século IX, Carlos Magno (768-814), o imperador dos francos, instituiu que os mosteiros e as catedrais abrissem escolas para a formação dos jovens, sendo assim, ao lado da Aritmética e Astrologia eram também transmitidas noções de enfermagem, primeiros socorros e educação médica universal. Dessa forma, os conhecimentos dos monges na arte de curar passaram a ser oferecidos também ao público leigo que ia se instruir nos conventos. Podemos dizer que os monges foram os grandes preservadores e transmissores do saber acumulado pelo mundo greco-romano (ANTUNES, 1991). Entretanto, neste período denominado de Alta Idade Média não conseguimos vislumbrar a constituição de um novo EP, o que houve foi só uma reprodução de saber pelos religiosos.

Na Baixa Idade Média, no século XI, com o nascimento de uma burguesia urbana dedicada à pequena indústria, ao artesanato e às atividades mercantis cresce ainda mais a construção de novos hospitais pois, a expansão urbana gerada pelo êxodo rural aumentou o contingente de necessitados que perambulavam pelas cidades. É no início do século XI que também é inaugurada em Salerno, na Itália, a primeira escola voltada para a educação médica que unia os clérigos e os leigos. Neste famoso centro de ensino médico, as mulheres também ensinavam. Embora essa escola admitisse mulheres no curso médico havia o preconceito de que se tratava de uma profissão inadequada à mulher por razões de ordem moral. Mas admitia-se a colaboração da mulher no cuidado aos doentes como enfermeira, função exercida durante séculos pelas religiosas de várias ordens, ou na assistência às parturientes, como parteiras.

Na escola de Salerno era privilegiado o aprendizado junto ao leito do enfermo e promoviam-se experimentações cirúrgicas com animais. Nessa escola também foi estimulado o

renascimento da tradição hipocrática; foi fomentado o estudo e desenvolvimento da cirurgia e foi traçado o esboço da vida universitária. A influência da escola de Salerno foi decisiva para a evolução da Medicina ocidental nos séculos XI e XII e na fundação de novas escolas médicas, como por exemplo, em Montpellier, na França (ANTUNES, 1991).

No século XII, em 1139, o Concílio de Latrão proíbe a prática de Medicina com objetivo de ganhos materiais. Os Papas e também os Concílios vinham já há algum tempo restringindo o exercício da Medicina pelos clérigos, pois estes, estavam se esquecendo da caridade de curar os enfermos em prol dos proventos que recebiam na Medicina remunerada. Os clérigos trocaram a caridade pelo lucro e abusaram tanto que chegaram a ponto de abandonarem os deveres religiosos para viverem fora dos mosteiros clinicando, até que os chefes da Igreja consideraram que o exercício da Medicina era inconveniente aos sacerdotes (GOMES, 1974). O declínio do sistema hospitalar cristão deveu-se, também, à incapacidade clerical em coibir a dilapidação dos recursos destinados à manutenção dos hospitais cristãos (ANTUNES, 1991). Mas mesmo assim, esses hospitais mantiveram-se em funcionamento até mais ou menos o século XIII, quando acabaram se convertendo em instituições públicas, ou seja, gradativamente os hospitais cristãos foram sendo transferidos para a administração pública municipal.

É também neste século que sob a iniciativa dos reis, príncipes e municipalidades que se começou a edificar hospitais de cunho estatal. Algumas corporações profissionais, como por exemplo: os artesãos e negociantes providenciaram a instalação de pavilhões hospitalares para o atendimento dos seus associados.

No século XIII, em 1221, Frederico II de Sicília (1212-1250) regulamentou pela primeira vez no Ocidente medieval a titulação e o ensino de Medicina. Ele justificou essa regulamentação devido a perdas e danos irreparáveis que poderiam advir da imperícia médica. Com essa regulamentação, a titulação só seria obtida após aprovação do aspirante a médico ante um

tribunal de mestres de Salerno e representantes reais que examinavam seus conhecimentos e testemunhavam sobre sua ética. Em relação à formação médica era exigido que o estudante de Medicina tivesse cursado previamente três anos de lógica. Após um período de cinco anos de estudos médicos, o futuro médico deveria realizar um ano de prática sob supervisão de um mestre. Durante o curso os docentes ensinavam os textos originais de Hipócrates e Galeno, a Medicina teórica e a prática. Para os interessados em cirurgia o ensino de Anatomia humana era muito mais rigoroso (LOPEZ PIÑERO, 1982).

Foi a partir do século XIII que a escola de Salerno começou a declinar ante a concorrência das universidades que se instalaram em várias cidades. Em algumas destas cidades foram aproveitados os edifícios que foram outrora ocupados pelas escolas cristãs.

As universidades do saber, como ficaram conhecidas, eram uma organização de corporações de professores e estudantes de diferentes disciplinas. A maior parte das universidades tinham o apoio do clero e foram instaladas em várias cidades como: Paris, Montpellier, Salamanca, etc. Estas instituições floresceram e proveram a Europa de melhores profissionais treinados em prática médica e cirúrgica. Esses profissionais prestavam seus serviços à população sem a mediação dos hospitais cristãos. Durante os séculos XIV e XV ocuparam um lugar de destaque as escolas médicas italianas, principalmente as universidades de Bolonha e Pádua (LOPEZ PIÑERO, 1982).

No início do século XIV é usado, pela primeira vez, o exame de urina como auxiliar em um diagnóstico. É neste século que se retoma a dissecação de cadáveres humanos, ou seja, em 1315 o italiano Mondino de Luzzi (?-?) realiza em Bolonha uma dissecação pública de um cadáver. Segundo Lopez Piñero (1982) nesta época também há o desenvolvimento da clínica e da cirurgia, mas já se chamava atenção para a falta de ética de muitos médicos e os riscos da charlatanice em Medicina que matava impunemente ricos e pobres.

No século XIV, mais precisamente em 1312, ficou estabelecido pelo Concílio de Viena que a assistência médica era atribuição exclusiva dos leigos, correspondendo aos sacerdotes à missão de assistência espiritual. Mas isso não limitou totalmente a atuação médica dos religiosos pois, algumas corporações preservaram e preservam até hoje as suas atividades nas instituições hospitalares. Essa subtração, pela municipalidade, dos hospitais das mãos eclesiásticas contou com o apoio do Papa, mas também contou com motivações políticas, pois era uma tentativa das autoridades civis de subordinar o poder clerical. Nessa nova conjuntura os hospitais continuaram a preservar seu caráter assistencialista, ou melhor, eles continuaram voltados para interesses coletivos, sendo que, o principal deles era a contenção de grupos populacionais considerados perigosos à saúde: mendigos, imigrantes, portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas (ANTUNES, 1991).

Os dois principais motivos que ocasionaram o aumento de hospitais na Idade Média foram: primeiro, o aumento da população na Europa ocidental e segundo, e talvez mais significativo, foi à incidência de lepra que causava na população sadia um sentimento de asco e repulsão. A lepra era uma das doenças mais temidas e qualquer dermatite era considerada como sendo lepra e esta não poupava ninguém: nem a classe rica, nem a pobre e nem o clero. Os leprosos eram segregados do convívio social e recolhidos nos leprosários. Segundo Foucault (1977) essa exclusão e disciplinamento que houve para tentar aplacar as epidemias foi o que consubstanciou um modelo de divisão binária entre valores como: normal e anormal, perigoso e inofensivo.

Nos asilos os leprosos obtinham alguns cuidados de enfermagem mas em contrapartida tinham a mais absoluta omissão de tratamento médico (FAXON, 1943). O isolamento do leproso obedecia a um ritual atroz, ou seja, ao serem muitas vezes delatados eram sentenciados a morrer para o mundo. Os doentes de lepra tinham que participar de uma missa dominical onde ali se

encerraria sua vida no mundo dos vivos. O leproso era obrigado a se apresentar no altar da Igreja coberto por um capuz negro e ali o sacerdote lembrava ao doente as prescrições para uma vida nauseabunda. Entre as prescrições constavam: vestir-se com trajes característicos que os denunciassem como doentes contagiosos, jamais entrar em uma Igreja novamente, nunca mais fazer uso de água benta e fazer soar uma matraca para alertar as pessoas sadias do risco de sua aproximação. Após a missa o clero conduzia o doente ao leprosário. O doente seguia precedido por uma cruz e entoando cânticos. Já no leprosário o doente era abandonado para cumprir o seu martírio pois, acreditava-se que a lepra era um castigo de Deus. Dessa forma, o isolamento era considerado como a única forma capaz de reconduzir o enfermo ao caminho da salvação (FOUCAULT, 1978). Mas era também uma forma de retirá-lo do convívio social.

Na Grã Bretanha a missa dos leprosos foi sendo substituída por uma formalidade mais cruel ainda, isto é, a vítima era amarrada numa trave e era ateado fogo no seu corpo, ou então, os doentes considerados leprosos eram enterrados vivos. Foi só no século XIX que foi possível diferenciar a lepra de outras doenças.

A redução da taxa de lepra começou a declinar na Europa ocidental no século XIV, esta redução acabou ocorrendo devido a vários fatores, entre eles podemos destacar: melhores hábitos alimentares e higiênicos, diminuição do número de moradores por residência, o fim das cruzadas e também por causa da dizimação da população pela fome e pelas novas epidemias de peste bubônica que foi uma das doenças mais temidas da Idade Moderna.

Mas mesmo sendo reduzido o número de leprosos, continuaram a existir outros métodos de exclusão social para os portadores de outras moléstias como a sífilis, por exemplo. Dessa forma, o papel abandonado pelo leproso seria ainda por muito tempo infligido aos portadores de outras doenças contagiosas e ainda aos pobres, presidiários, vagabundos alienados, etc (FOUCAULT, 1978).

2.3 - Idade Moderna (século XV ao XVIII)

A Idade Moderna compreende o período histórico que se estende da Queda de Constantinopla, em 1453, até o início da Revolução Francesa, em 1789. Constitui o período de transição do feudalismo para o capitalismo. Tem como principais marcos à formação dos Estados nacionais modernos, o renascimento cultural (séculos XV e XVI), a expansão marítima, a descoberta de novos territórios, as reformas e contra-reformas cristãs, o colonialismo, o Iluminismo (séculos XVII e XVIII), a Revolução Industrial, a independência dos Estados Unidos, etc.

Neste período que compreende a Idade Moderna consolidou-se, gradativamente, uma nova estrutura socioeconômica que é comumente denominada de capitalismo comercial. As transformações sócio-econômicas que se iniciaram na Baixa Idade Média e que culminaram com a Revolução Comercial na Idade Moderna afetaram todos os setores da sociedade ocasionando, inclusive, mudanças culturais o que fez surgir um grande movimento burguês denominado Renascimento.

O Renascimento enfatizava uma cultura laica, racional e científica, sobretudo não-feudal, e que buscava subsídios na cultura greco-romana. Seu elemento central foi o humanismo, isto é, o homem como centro do universo, a valorização da vida terrena e da natureza. No Renascimento científico o universo já não era mais aceito como obra sobrenatural, fruto dos preceitos cristãos, pois que, nesta época começou a ser retirado da Igreja o monopólio da explicação das coisas do mundo. O espírito crítico do homem renascentista começava a se dirigir para a ciência experimental, a observação, a fim de obter explicações racionais para os fenômenos da natureza. Gradativamente, o método experimental passou a ser o principal meio de se alcançar o saber científico da realidade (COTRIM, 1999).

No Iluminismo procurava-se explicações racionais para todas as questões que envolviam a sociedade. Foi neste período que se apresentaram necessidades urgentes de desenvolvimento científico como, por exemplo: melhorar as condições de vida; aumentar as expectativas de sobrevivência humana, com a finalidade de ampliar o número de consumidores e também da mão de obra disponível; mudar os hábitos sociais e formar uma nova mentalidade que fosse mais receptiva as inovações técnicas (COSTA, 1987).

Albuquerque (2002) aponta que nesta época predominou a idéia de um universo mecânico, um universo que funcionava como uma máquina. O corpo humano também era visto como uma máquina, onde suas peças (órgãos) se encaixavam ordenadamente num processo racional. A doença nesta perspectiva consistia numa avaria temporária ou permanente de um componente do corpo ou da relação entre componentes. A cura da doença equivalia à reparação da máquina. Este EP mecanicista, que era reflexo da teoria de René Descartes (1596-1650), reafirmou ainda mais o EP organicista que já existia nas sociedades ocidentais.

Durante toda a Idade Moderna atingiu-se níveis bastante expressivos de acontecimentos e também de novos conhecimentos científicos que foram surgindo gradativamente e a partir destes, foram se realizando mudanças de ordem social para toda a humanidade. Mas em contrapartida se perdeu algumas coisas neste caminho de conhecimento, como por exemplo, o conhecimento das mulheres pois, foi no período renascentista que houve a desarticulação da mulher que manejava ervas e poções e também das parteiras.

As bruxas, como eram chamadas essas mulheres, tinham uma sapiência muito grande da flora e ocupavam o espaço do sacerdote e também do médico e muitas delas foram enviadas a fogueira acusadas de bruxaria⁶. Dessa forma, não foi só o discurso inquisitorial que instituiu a *persona* bruxa mas também o discurso médico pois, médicos e inquisidores trabalhavam

⁶ Alguns homens também foram acusados de bruxaria, mas a maioria eram mulheres.

juntos. Ambos declaravam que esse determinado saber da mulher era perigoso, era um saber intermediado pelo demônio. Ehrenreich (1976 *apud* VIEIRA, 2002: 48) aponta que a caça às bruxas foi uma “estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento”.

Essa perseguição às mulheres se estendeu por vários países da Europa como: Alemanha, Itália, Inglaterra, Áustria. Estima-se que no século XVI só em algumas cidades da Alemanha houve 600 execuções por ano (PITANGUY, 1989). Goffman (1996) aponta que esses seres transgressores das normas morais, as bruxas, com o passar dos séculos foram sendo consideradas pacientes que necessitavam de tratamento médico. É dessa forma maledicente que temos a passagem da bruxaria para a loucura, do misticismo para o conhecimento científico.

O Renascentismo, século XV e XVI, pode ser considerado um período de transição entre a Medicina medieval e a Medicina moderna pois, foi nesta fase que houve o desenvolvimento da Medicina e das bases de seu ensino que avançaram cada vez mais rápido e de modo mais complexo. A Medicina renascentista caracterizou-se pelo racionalismo científico, fundamentado nas experimentações e no espírito crítico. Durante o século XVI as universidades italianas, francesas e alemãs libertaram-se gradualmente dos credos e ensinamentos eclesiásticos.

Foi neste século que houve uma ampliação do arsenal da farmacologia com a incorporação de plantas medicamentosas vindas das novas terras, como por exemplo, a América. Novas doenças foram descritas, como por exemplo, a sífilis, que com as navegações chegou a se constituir numa nova peste considerada o mais importante flagelo social. O tratamento médico dos indivíduos atingidos pelas epidemias era feito com as mais estranhas substâncias, por exemplo: para a sífilis os médicos recomendavam o uso interno de mercúrio e para a peste, sapos secos ou pardais vivos aplicados sobre os bulbões. Nesta época as receitas da Medicina empírica se mesclavam com as receitas da Medicina tradicional (LUZ, 1988).

A profissão médica no século XVI compreendia três classes: a primeira era a dos médicos que possuíam maiores conhecimentos teóricos, usavam o latim em seus escritos e eram considerados a elite da profissão, ou seja, esses médicos pertenciam às classes privilegiadas e tinham estudado em importantes universidades. A segunda classe era dos cirurgiões, estes tratavam as feridas e traumatismos externos, faziam amputações, praticavam a talha para tratamento da litíase vesical, lancetavam abscessos e usavam o cautério. A terceira classe era dos cirurgiões-barbeiros, que faziam sangrias, aplicavam sanguessugas e ventosas, barbeavam seus fregueses e, muitas vezes, concorriam com os cirurgiões abrindo abscessos e fazendo curativos (REZENDE, 2004).

Todos os povos e em todas as civilizações utilizaram-se da sangria no tratamento das doenças. Inicialmente como um ritual impregnado de conteúdo místico e posteriormente sob o fundamento de doutrinas que justificavam tal prática. Rezende (2004) explica que na teoria hipocrática dos humores, a sangria era utilizada para a eliminação das impurezas contidas no sangue, que causavam o estado mórbido. Por meio dela retirava-se o “humor vicioso” e outros tipos de humores que se acreditavam responsáveis pelas doenças. Já Galeno indicava a sangria como tratamento das inflamações, da febre e da dor. Mas ele tinha o bom senso de contra-indicar o seu uso nas crianças e nos velhos. No Renascimento, quando tudo estava sendo questionado houve acirrada polêmica, não sobre o valor da sangria, mas sobre o local mais adequado para praticá-la. Quanto mais grave a doença maior era o número de sangrias e maior a quantidade de sangue retirado.

Uma outra variante da sangria consistia na aplicação de sanguessugas. As sanguessugas são vermes que vivem em águas estagnadas como represas e lagos e que se alimentam de sangue de animais que vivem ou que sobrevivem destas águas. Esses vermes são

dotados de uma ventosa numa das extremidades do corpo. Cada exemplar de sanguessuga pode sugar entre 10 a 15 ml de sangue. Eles foram muito utilizados em substituição à sangria.

No início do século XIX o comércio de sanguessugas constituía uma atividade bastante lucrativa, sobretudo na Europa. Os hospitais da França, somente no ano de 1824, despenderam meio milhão de francos na aquisição de sanguessugas para uso em seus pacientes. Um professor de Patologia Geral em Paris, dr. Broussais (1772-1838), tornou-se campeão no emprego de sanguessugas, chegando a aplicar centenas de sanguessugas por dia no mesmo paciente. Os médicos tratavam até as hemorróidas com sanguessugas aplicadas localmente (REZENDE, 2004).

Nas universidades renascentistas, século XVI, as principais fontes de ensinamentos para os médicos eram as teorias de Hipócrates e Galeno, mas aos poucos foram surgindo inúmeros estudiosos com a finalidade de questionar esses autores clássicos. As dissecações apesar de serem proibidas eram cada vez mais praticadas e com elas se expandiam os estudos de Anatomia e Fisiologia.

Um dos maiores questionadores dos ensinamentos clássicos foi o alemão Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, vulgo Paracelso (1490-1541). Este homem dedicou-se ao estudo da Medicina, da magia e da alquimia, foi defensor de uma Medicina baseada em novos conceitos, diversos daqueles ensinados por Galeno. Ele chegou a queimar em público as obras deste clássico. Mas ele concordava com Hipócrates quando este defendia que o lugar do médico era na cabeceira do doente. Paracelso desenvolveu inúmeros preparados farmacêuticos com ingredientes provenientes da natureza. Utilizou inúmeras substâncias minerais como: enxofre, mercúrio, chumbo, cobre, ferro e antimônio. Ele é considerado o idealizador da farmacologia moderna e também da homeopatia.

O maior cirurgião renascentista foi Ambroise Paré (1517-1590) inicialmente um barbeiro-cirurgião em Paris, depois estabelecido como cirurgião doméstico no Hôtel-Dieu e, finalmente,

como cirurgião do exército. Este médico rompeu com os ensinamentos clássicos, aboliu a cauterização das feridas e defendeu a ligadura de artérias para controlar as hemorragias. Paré transformou-se no ídolo dos soldados ao abandonar a prática atroz de utilizar óleo fervente para cicatrizar as feridas. Este método produzia dores insuportáveis e extensas áreas de inflamação e necrose tecidual. Paré foi o criador das primeiras ambulâncias movidas por cavalos e também foi ele, com a ajuda de fabricantes de armaduras, quem fez uma variedade de membros artificiais de ferro, embora esses membros fossem só cosméticos (REZENDE, 2004).

A área do conhecimento médico que mais se expandiu durante o Renascimento foi a Anatomia. Andreas Versalius (1514-1564) é considerado o maior anatomista de todos os tempos. Suas aulas de Anatomia combinavam dissecação de cadáveres, esboços e palestras atraindo estudantes, professores, clérigos, nobres e soldados. Em 1543 ele revolucionou o conhecimento sobre o corpo humano publicando um tratado denominado “A organização do corpo humano”. Este tratado apresentava descrições e desenhos detalhados da anatomia humana e corrigia mais de 200 erros da obra de Galeno. Nesta época ainda era proibido desvendar os segredos do corpo humano, ou seja, era proibido o estudo da Anatomia em cadáveres humanos, mas é claro que houve quem infringisse essa norma. Somente no fim do século XV é que o Papa Sixto IV (1414-1484), por uma bula papal, autoriza o estudo da Anatomia em cadáveres e só em meados do século XVI, em 1565, é que o Real Colégio de Medicina de Londres recebe autorização para dissecar cadáveres humanos.

No período renascentista, século XVI, acreditava-se que os chiliques era uma doença grave de caráter epidêmico exclusiva das mulheres. Pensava-se que essa doença era emanada do útero e invadia progressivamente o organismo provocando convulsões e crises de histeria. Com o passar do tempo o chilique passou a abranger um campo patológico bastante extenso e diverso surgindo várias hipóteses para explicá-lo, ou seja, os chiliques foram vistos dentro de um campo

ilimitado que englobava as misérias do corpo, os infortúnios do espírito e as fraquezas da civilização. Para o corpo médico da época os chiliques representavam uma “sansão das transgressões da ordem natural e da sofisticação dos costumes”, dessa forma, era realizada através do chilique uma crítica à civilização da época. As instâncias religiosas tratavam os chiliques por meio do exorcismo, já os médicos passam a explorar o chilique como doença mental. Este conceito passou a ser sinônimo de histeria, loucura, melancolia, hipocondria, etc (LE GOFF, 1997:152).

No século XVII, já no período iluminista, foram observados muitos avanços na Medicina, entre eles destacamos: os estudos sobre o sistema nervoso com Thomas Willis (1621-1675); a descrição sobre a circulação sangüínea com William Harvey (1578-1657); a invenção do microscópio com Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723); e também a classificação das doenças com Thomas Sydenham (1624-1689) que foi um dos mais destacados clínicos de sua época apelidado de o “Hipócrates inglês”. Foi este médico quem propôs a descrição de todas as doenças de modo gráfico e natural, além de uma prática ou método curativo estável e testado para estas doenças. Ele reformulou as bases da clínica hipocrática delineando os fundamentos da clínica moderna, afirmando a necessidade de uma Medicina nova, isenta de hipóteses metafísicas e atenta à realidade clínica (LAIN ENTRALGO, 1978).

Neste século os médicos cristãos ainda travavam debates acalorados sobre a localização da alma, ou seja, alguns acreditavam que o contato entre a alma e o corpo se dava através do cérebro ou do coração e outros médicos achavam que tanto o cérebro quanto o coração eram órgãos duplos que continham matéria corpórea e essência espiritual (SENNETT, 2003).

Na caracterização das doenças mentais o século XVII foi bastante revelador, pois que, até então elas eram explicadas com base em justificações fisiológicas dentro de um EP organicista ou então eram explicadas dentro do EP mágico-religioso. Porém alguns filósofos como Thomas

Hobbes (1588-1679), Baruch Spinoza (1632-1677), John Locke (1632-1704) e Sydenham, sendo estes dois últimos também médicos, começam a discutir os fenômenos psicológicos. Essa discussão acaba por resultar em grandes avanços tanto para a psicologia quanto para a psiquiatria.

Sydenham, por exemplo, em suas observações clínicas descreveu a histeria. Este médico não acreditava em livros e só dava crédito no que podia ver e aprender em sua própria experiência à beira da cama do doente. Foi ele quem refutou pela primeira vez a clássica teoria uterina da histeria e reconheceu que a histeria não era só uma doença de mulheres, mas de homens também. Na visão deste médico a histeria nos homens se manifestava através da hipocondria, ele afirmava haver uma dinâmica comum entre a histeria e a hipocondria (VOLICH, 2002).

Em sua experiência cotidiana com os seus pacientes Sydenham reconheceu que os sintomas histéricos podiam simular quase todas as formas de doenças orgânicas. Essa nova descoberta levou os médicos na direção do conhecimento das complexas relações entre mente e corpo. A partir daí os médicos começaram a se interessar pelas perturbações mentais, aquelas do tipo emocionais e comportamentos neuróticos. Sendo assim, podemos dizer que neste período começa a surgir uma reformulação daquele EP mágico-religioso que vimos nas sociedades tradicionais como sendo os primórdios da psiquiatria e da psicologia (ALEXANDER, 1968).

No século XVIII, o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), continuava a acreditar que os transtornos mentais podiam ser uma lesão no sistema nervoso. Dessa forma, as doenças mentais estavam também contempladas dentro do EP organicista. Mas este médico também atribuía perturbação mental à experiência emocional, isto é, paixões insuportáveis como: o medo, a tristeza, a ira e a alegria. Pinel talvez tenha sido o primeiro médico a sugerir que a hipocondria estava muito ligada às manias (VOLICH, 2002).

A hipocondria que já era conhecida desde a Antiguidade, a partir do século XVII ela passa a ser explicada de diversas formas, ou seja, surgem várias teorias para explicar a hipocondria, ou melhor, existiam vários CPs que tentavam explicar a hipocondria. Um deles tratava a hipocondria como sendo uma afecção primitiva do órgão cerebral. Ela era tratada como uma desordem da sensibilidade, ou seja, uma desordem de fibras nervosas muito irritáveis ou endurecidas. O conceito nevrose ou neurose surgiu pela primeira vez no século XVIII com Willian Cullen (1712-1790) e, inicialmente, tinha como significado doença orgânica dos nervos e a hipocondria foi classificada por este médico como uma neurose, ou seja, como uma afecção dos gânglios nervosos. Um pouco mais tarde Robert Whytt (1714-1766) divide as neuroses em: histeria, hipocondríase e exaustão nervosa.

Com o estabelecimento da observação empírica e a experimentação, o significado de neurose foi se transformando e passou a designar doenças que não eram acompanhadas de febre ou patologia localizada, ou seja, a designação passa de doença fisiológica para doença mental. As doenças mentais nesta época eram tratadas com severa coação e ameaça de camisa de força. No século XVIII surge também a teoria de que a hipocondria é uma alucinação que tem a ver com a saúde e com um amor excessivo a si próprio (LE GOFF, 1997).

Segundo Volich (2002) coube a Dubois d'Amiens (1799-1873), no século XIX, ressaltar a dimensão imaginária da hipocondria, ele define hipocondria como uma forma doentia de pensar, independente de qualquer lesão cerebral. Foi neste século que a hipocondria passou a ser definida no "Dictionnaire Littre" como uma doença nervosa perturbadora da inteligência dos doentes, que faz com que eles acreditem que são acometidos das mais diversas doenças, passando a serem considerados doentes imaginários.

Entre os séculos XVII e XIX a hipocondria foi tão discutida que serviu até como pano de fundo para peças teatrais, como a do dramaturgo francês Molière (1622-1673) que escreveu a

peça “O doente imaginário” no século XVII. Quando este autor escreveu esta peça ele colocou no seu personagem, Argan, as características de um hipocondríaco descritas pelos médicos deste mesmo século, ou seja, inquietação obsessiva relativa à saúde, sintomas físicos vagos e multiformes, entre outras. Era o próprio Molière quem protagonizava a peça e por obra do destino, enquanto encarnava o hipocondríaco no palco sofreu um repentino colapso e morreu. No século XIX a hipocondria teve espaço também na literatura de Victor Hugo onde o personagem Joly em “Os miseráveis” era um jovem doente imaginário.

Mas voltando a edificação da história da ciência médica, Sennett (2003) aponta que até o século XVII, mesmo com todos os gradativos avanços da Medicina, os camponeses achavam que a sujeira incrustada na pele era sinal de saúde. Da mesma forma que as fezes e urina nutriam a terra, os camponeses acreditavam que nutriam o corpo também, ou seja, as crostas de fezes secas e restos de urina faziam parte do corpo e o protegiam, principalmente as crianças recém-nascidas. Dessa forma, era comum que ninguém tomasse banho com frequência. Isso ocorreu até o início do século XVIII, quando Ernst Platner descobre que a pele é uma membrana por onde o corpo respira e a sujeira passa a ser inimiga mortal da pele pois, ela obstrói os poros e retém os humores dos excrementos favorecendo a fermentação e putrefação das substâncias. A limpeza das fezes do corpo se tornou, primeiramente, uma prática urbana e de classe média e essa mesma classe média passou a ter medo de manusear os excrementos. É assim que se começa a usar o papel descartável para o asseio após a defecação e também a esvaziar os penicos diariamente. Começa-se a obter como hábito os banhos mais frequentes, que até então, muitos consideravam como perigosos pois, desequilibravam a temperatura do corpo. Portanto, no século XVIII há uma mudança nos métodos de asseio pessoal e também se inicia o cuidado com a limpeza urbana, drenando buracos e depressões que antes ficavam cheios de urina e fezes humanas e de animais, havendo então a canalização para esgotos subterrâneos. Essas mudanças dão início, neste século,

a uma série de leis de saúde pública que de certa forma recupera o EP preventista hipocrático, mas só que agora este EP se encontra enriquecido de um pensamento higienista muito forte.

Portanto, foi só no século XVIII que se dá a emergência de uma higiene pública proposta, primeiramente, pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821). Até meados deste século a França e a Inglaterra tinham como principal preocupação sanitária do Estado estabelecer estatísticas de nascimento, mortalidade e índice de saúde da população, mas não havia nenhuma intervenção efetiva para elevar o nível de saúde da população. O primeiro Estado moderno a se preocupar com isso foi à Alemanha, que no século XVIII desenvolveu uma prática médica centrada na melhoria do nível de saúde da população. Temos aqui a implantação do EP higienista/preventista.

É na Alemanha que surgem as primeiras políticas médicas que mais tarde ficaram conhecidas como polícia médica que consistia em: observação da morbidade; normalização da prática e do saber médico, com o ensino médico controlado pelo Estado; organização de um departamento especializado para controlar as atividades dos médicos; e a criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região. O médico é considerado como o primeiro indivíduo normatizado na Alemanha. A organização de todo o saber médico foi o que deu origem à chamada Medicina do Estado na Alemanha. Mas essa Medicina não tinha como objetivo a formação da força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias da época. Essa preocupação se dá na Inglaterra com a Medicina da força de trabalho (FOUCAULT, 1979).

É também na Alemanha, em 1754 na Universidade de Halle, que Dorotea Cristina Erxleben se torna à primeira mulher a conquistar o título de Doutor em Medicina.

Na Inglaterra com a já instalada Revolução Industrial (1750-1850) temos como pano de fundo a multiplicação de acidentes, doenças infecciosas e carenciais devido à urbanização e

proletarização da população de modo adverso à saúde, ou seja, com o desenvolvimento das fábricas há uma migração em massa para os centros industriais, onde os serviços mais elementares da vida urbana como: limpeza das ruas, saneamento, etc, não acompanharam esta expansão. Nesta época inclusive as mulheres e crianças eram arrebatadas para as fábricas, às moradias eram superlotadas e insalubres, os salários eram baixos e a nutrição inadequada, o que acaba resultando em altas taxas de mortalidade e morbidade. As classes dominantes eram também afetadas pelas epidemias que permeavam os centros industriais, além disso, as condições impróprias dos proletários reduziam significativamente a produtividade do trabalho e eram também motivo de revolta que colocavam em perigo a ordem constituída (SINGER, 1978).

Além disso, foi a partir do século XVIII que começaram a surgir novas doenças que encontravam-se relacionadas com o tipo de trabalho que os operários tinham que executar dentro das fábricas inglesas e geralmente essas doenças estavam relacionadas ao contato com substâncias nocivas e até venenosas. De acordo com Rosen (1980) o aparecimento de doenças em uma certa população e em uma determinada época não é fruto do acaso. Trata-se de um fenômeno específico que possui etiologia, incidência, prevalência e mortalidade que devem ser estudados de acordo com a idade, sexo, profissão, modo de vida ou outros fatores ligados de uma forma ou de outra à estrutura, cultura e também psicologia de uma certa sociedade. Dessa forma, a doença é um fenômeno social pois, ela afeta as condições e as relações sociais de um indivíduo e só pode ser estudada enquanto fenômeno dentro de um contexto biopsicossocial.

Estes foram alguns dos motivos que levaram o Estado inglês a criar condições mínimas para que a reprodução da força de trabalho dos proletários fosse preservada, para tanto foi criada toda uma legislação que de certa forma limitou a exploração do trabalho, protegendo mulheres e crianças e também levou gradativamente a institucionalização dos serviços sociais como serviço público controlado por profissionais médicos dotados de poder para impor: normas de higiene

pública, prevenção de acidentes nos locais de trabalho, fiscalização à produção e comercialização de medicamentos, etc. Dessa forma, o profissional médico vai se constituindo como uma autoridade administrativa fundada na competência de seu saber (FOUCAULT, 1979).

Através de todo esse panorama social inglês que associa a consolidação da ordem econômica capitalista com a proliferação de uma gama de patologias, devido às desigualdades sócio-econômicas e a situação de miséria associadas à exploração da classe trabalhadora, a doença passa a ser vista, no século XVIII, como um problema político e econômico, ou seja, potencial de trabalho não utilizado e o objetivo dos hospitais da época era tratar o enfermo que fosse curável e devolvê-lo rapidamente às fileiras de trabalho (REZENDE, 1989).

Na França do século XVIII tem início o desenvolvimento da Medicina social ou urbana. Esta Medicina não era tão estatizada quanto na Alemanha e centralizava-se na urbanização pois, foi nesta época que houve o desenvolvimento desregulado das grandes cidades com a construção de fábricas, o aumento e concentração da população nas cidades e conseqüentemente o aumento das epidemias, onde foi necessário um plano de urgência que consistiu primeiramente na quarentena, que nada mais era que a exclusão do doente infectado do espaço urbano, o exílio, e mais tarde passou a vigorar o sistema de internamento, vigia permanente, hospitalização, surgindo a chamada Medicina urbana que era coletiva e social.

A Medicina urbana possuía três grandes objetivos: o primeiro, era analisar todos os lugares do espaço urbano que poderiam vir a provocar doença, principalmente os matadouros e os cemitérios, onde até então os mortos eram amontoados sem o uso do caixão individual; o segundo, era estabelecer e controlar de modo satisfatório a circulação da água e do ar nas grandes cidades; e por fim, a organização do saneamento da cidade. Estes objetivos foram alcançados com a ajuda dos químicos, portanto por intermédio dessa urbanização que há uma inserção da prática médica com a ciência físico-química. A preocupação da Medicina urbana ou social não

era com homens, corpos ou organismos, mas era com o ar, as decomposições, a salubridade que Foucault (1979:93) define como: "a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos", é o que faz surgir à noção de higiene pública. A Medicina através da intervenção autoritária dos médicos higienistas se constitui, nesta época, como instância de controle social dando ao médico uma posição privilegiada política, econômica e socialmente nas sociedades ocidentais. Nesta época os pobres que faziam parte da vida urbana e funcionavam como esteio da sociedade pois, realizavam os serviços mais desqualificados, não eram considerados um perigo médico (FOUCAULT, 1979).

Percebemos que as mudanças ocorridas no século XVIII em todo o sistema de saúde da Europa Ocidental foram bastante expressivas, ou seja, nesta época surge também o EP social, onde os governos começaram a se preocupar mais com os níveis de saúde da população, as políticas se voltavam para os problemas de saúde pública, isto acontecia porque as doenças e as epidemias causavam transtornos econômicos para todos os países já industrializados. Este século também ficou marcado por grandes avanços na Medicina, como por exemplo: o desenvolvimento da Patologia⁷ com Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) e os seus estudos sobre as diferenças anatômicas entre um corpo sadio e um corpo doente; temos também os estudos sobre a digestão, a circulação e o processo reprodutivo com Lazzaro Spallanzani (1729-1799); a criação da Homeopatia com Samuel Hahnemann (1755-1843). Este médico defendeu o uso de substâncias capazes de produzir sintomas semelhantes aos das doenças a serem curadas, a partir de doses mínimas (não tóxicas). Na Homeopatia o doente deve ser tratado como um todo indivisível (holismo), sendo a doença apenas uma manifestação do desequilíbrio da energia vital.

Enquanto isso, Ramazzini (1633-1714) fundava a Medicina ocupacional e Peter Frank (1745-1821) se destacava como clínico e higienista. Foi este último quem descreveu a diabetes

⁷ Patologia é a parte da Medicina que se ocupa das doenças, suas origens, sintomas e natureza.

insípida. Também no século XVIII, o médico naval britânico James Lind (1716-1794) chamava a atenção para o valor das frutas frescas na prevenção do escorbuto, ajudando a constituir as bases da saúde pública que já vinham se esboçando na Alemanha e na França. Entretanto, a introdução de cítricos e suco de limão para controlar o escorbuto só foi introduzida na Marinha Britânica anos mais tarde, evidenciando assim as dificuldades políticas que a difusão de idéias avançadas tem historicamente (LAIN ENTRAUGO, 1978). Temos aqui novamente o EP higienista /preventista em evidência.

A prática da prevenção de doenças por meio de vacina começa na Europa também no século XVIII. Em 1796 o médico inglês Edward Jenner (1749-1823) resolve testar uma lenda popular de sua terra natal, Gloucestershire na Inglaterra. Dizia à lenda que as pessoas que contraíam varíola bovina quase nunca tinham a varíola humana. Jenner inocula pus das feridas de uma mulher com varíola bovina em um menino de 8 anos. Um pouco mais tarde, o menino mostra-se imunizado contra a varíola humana. Foi com experimentações deste tipo que se descobriu, por exemplo, uma vacina antivariólica realmente eficaz.

Mas a história do desenvolvimento da Medicina não se fez só através de acertos como este que foi citado, ela se fez também através dos erros, como por exemplo, a técnica de lobotomia frontal desenvolvida no século XX pelo cirurgião português Egas Moniz (1874-1955) e utilizada amplamente em todo o mundo até ser abandonada e considerada incorreta e lesiva para os doentes mentais a que se propunha tratar. A lobotomia ou leucotomia pré-frontal tratava-se de uma cirurgia ou psicocirurgia através da qual eram destruídos ou removidos os lóbulos pré-frontais do córtex cerebral. O objetivo de Moniz era controlar os comportamentos agressivos ou violentos de doentes mentais profundos, dada a relação existente entre o cortex pré-frontal e as faculdades intelectuais dos humanos. Este médico foi agraciado por sua descoberta com o Prêmio Nobel de Medicina em 1947. Porém, centenas ou até milhares de pessoas que foram submetidas

a este tratamento ficaram com seqüelas irreparáveis. Inclusive Moniz ficou paralítico devido um atentado a tiro de um antigo paciente que havia sido submetido a uma lobotomia (SABBATINI, 2004). A lobotomia encontra-se hoje banida das práticas médicas.

Voltando ao século XVIII, a cirurgia que até então era desvalorizada por ser realizada por um empírico de baixo nível, passou a ser revalorizada e o cirurgião ilustrado converteu-se em um técnico de prestígio, formado em centros docentes de maior destaque que as antigas faculdades de Medicina. O ato cirúrgico passa a ser técnico apoiando-se na anatomia topográfica. Dessa forma, esse século também é marcado pela crescente valorização social do saber. As universidades começam a se destacar pela excelência acadêmica de seus docentes e pesquisadores antecipando uma nova etapa para a chamada ciência moderna. Paralela à universidade temos as já instaladas Academias, que são instituições que promovem a investigação e na qual os sábios se reúnem, não para ensinar como nas aulas universitárias, mas para comunicar a seus pares descobrimentos e avanços científicos. Esta é a história do nascimento de sociedades científicas famosas, como por exemplo: a *Accademia dei Lincei* em Roma fundada em 1603, a *Royal Society* em Londres fundada em 1662 e a *Académie des Sciences* em Paris fundada em 1666, que revelam o poder técnico outorgado pela ciência e proclama que: saber é poder (LAIN ENTRALGO, 1978). Essas academias tinham o poder de avaliar uma teoria e de torná-la verdadeira ou não. Caso fosse aceita como verdadeira seu autor era alçado aos mais altos patamares políticos, econômicos e sociais. Mas se acontecesse o contrário o autor seria desqualificado perante a sociedade científica, à Corte, aos governos e à sociedade. A desmoralização de uma teoria levava o autor a perder seu *status* social e profissional (LUZ, 1988).

Durante a Idade Moderna a posição social dos médicos foi ascendente, as recompensas eram altas e valorizava-se o conhecimento científico dos dedicados médicos. Deste modo, o

racionalismo iluminista imprimiu enorme avanço ao conhecimento médico, este necessário para a superação do dogmatismo e da magia que acorrentavam a Medicina medieval. Mas é interessante lembrar que nos séculos XVII e XVIII não estava incluída na formação dos médicos a prática hospitalar. Nesta época a formação dos médicos consistia em uma iniciação assegurada pela própria corporação médica que compreendia o conhecimento de textos e transmissão de receitas. Os médicos de prestígio não apareciam no hospital, ou seja, estes só atendiam consultas privadas. Eram somente os tidos como piores médicos é que iam ao hospital e mesmo assim se fossem chamados. Dessa forma, Medicina e hospital eram independentes um do outro até meados do século XVIII quando o hospital surge como instrumento terapêutico, destinado a curar e é assim que se constitui uma Medicina hospitalar (FOUCAULT, 1979). Podemos até dizer que aqui surge um novo EP que vai dar origem aos hospitais escolas.

Mesmo com todos os avanços que gradativamente a Medicina alcançou na Idade Moderna, mesmo assim, durante todo esse período continuou o processo de epidemias que assolaram a Europa, como por exemplo: de varíola, sarampo, difteria, tifo, etc. Isso se deu pois, como já foi visto anteriormente, a sociedade europeia estava passando por enormes transformações sociais devido aos avanços técnicos e industriais advindos da Revolução Industrial que alterou a vida da população.

Uma das piores epidemias que se tem notícia nesta época foi a de peste negra também conhecida como peste bubônica que era originária do Oriente. Esta epidemia foi a que mais matou nas cidades europeias. A peste começou a contaminar a Europa no final da Idade Média, mais ou menos no século XIV, prolongando-se até fins do século XIX, neste século já não era tão violenta pois, os governos já haviam tomado algumas precauções principalmente quanto à higiene pública. Mas foi só no fim do século XIX, em 1894, que o médico suíço Alexandre Émile John Yersin (1863–1943) isolou o agente infeccioso e produziu um soro terapêutico cuja

aplicação continuada fez com que a moléstia ficasse erradicada até os nossos dias (ANTUNES, 1991).

A peste era recebida pela população das cidades européias como “o Cavaleiro do Apocalipse, que, segundo São João, precederia o Juízo Final” (ANTUNES, 1991:95). Ela é originária das pulgas que são contaminadas pelos ratos infectados e durante a Idade Média e a maior parte da Idade Moderna, até o século XVIII, o lixo era depositado nas ruas fazendo com que estas se transformassem num viveiro de ratos.

Houve quem considerasse a peste como uma manifestação do desagrado divino e houve também quem acusasse os judeus e os mouros de serem os causadores da peste. Estes eram acusados de envenenar os poços e nascentes de água potável para eliminar os cristãos. Muitos judeus e mouros foram massacrados por conta da peste, alguns foram queimados vivos, outros enforcados por uma multidão completamente ensandecida. Isso tudo ocorreu até que o Papa Clemente VI (1291-1352) colocou um fim na crendice proclamando a inocência dos judeus e acolhendo-os sob sua proteção (ANTUNES, 1991).

A peste se espalhou rapidamente por toda a Europa pois, as pessoas fugiam de suas cidades com medo dela e acabavam por espalhar ainda mais a doença. Estima-se que mais de cem mil pessoas tenham morrido entre os meses de março a junho de 1348 em consequência da peste. Ela tornou-se uma doença comum em todo o território europeu o que motivou que fossem fechados os portos marítimos para navios originários de regiões contaminadas. Algumas cidades impunham a quarentena aos tripulantes e passageiros dos navios (ANTUNES, 1991).

A quarentena consistia em isolar as pessoas em local afastado durante 40 dias. Para este propósito algumas cidades fizeram uso dos lazaretos, que era um hospital destinado a isolar os doentes de peste e também os suspeitos de contaminação. Unia-se nos lazaretos pessoas sãs com enfermos, aumentando ainda mais o índice de mortalidade pela peste. Os lazaretos destinavam-se

somente à proteção da saúde coletiva pois, apesar de ter cunho hospitalar eles não ofereciam serviços terapêuticos e de assistência médica individualizada. Se isso já não bastasse havia também os surtos com caráter epidêmico, ou seja, a histeria coletiva devido o medo da população pela doença. Foi dessa forma, que os lazaretos juntamente com os hospitais, entre os séculos XIV e XVII, se tornaram redes de transmissão de doenças com péssima reputação entre a população. Os hospitais eram denominados pela população como ante-sala da morte ou morredouro.

Em consequência da peste várias cidades ficaram despovoadas. Os países da Europa entraram em crise, havia assassinatos, roubos, saques, fome, enfim a peste negra causou vários transtornos: políticos, econômicos e sociais. A maioria dos médicos com medo da peste deixavam de visitar os doentes. Eles também eram insultados e ridicularizados porque não conseguiam curar os indivíduos contaminados.

No século XVII, na esperança de se fazer frente aos surtos da peste nas cidades européias, as autoridades municipais empenharam-se ainda mais no disciplinamento intensivo de tudo o que dizia respeito à vida urbana. As medidas tomadas pelas autoridades eram bastante duras, entre essas medidas destacamos: a investigação da existência de doentes nas casas e assim que fosse detectado uma residência com um doente convocava-se a polícia para fechar a residência. A casa passava a ser vigiada noite e dia para que ninguém saísse ou entrasse nela. Eram convocados também os cirurgiões para que se evitasse a falsificação de informações sobre a doença. Além disso, em algumas cidades foram vedadas à realização de quaisquer tipo de espetáculo que pudesse haver aglomeração de pessoas. Dessa forma, a polícia além de assegurar a ordem ela também passou a assegurar as condições de manutenção de saúde (ANTUNES, 1991).

Foi só no século XVIII com as medidas higienistas do Estado que se constituíam de limpeza das ruas, saneamento, etc que começaram a ocorrer algumas melhoras sociais que contribuíram para a diminuição das epidemias que assolaram a Europa. Foi neste século que as

autoridades civis resolveram tomar outra medida disciplinar, isto é, as autoridades civis resolveram convocar profissionais ligados às áreas da saúde e do bem-estar para que realizassem visitas aos diversos hospitais e lazaretos europeus, sendo que, dessas visitas deveriam surgir propostas de reforma nos sistemas municipais de atenção às enfermidades.

Os relatórios destas visitas vieram a sugerir o aproveitamento médico das instituições, caso estas conseguissem superar sua condição insalubre. O fato de serem os profissionais ligados à área da saúde que foram chamados para realizar essa perícia nos hospitais fez com que houvesse uma convergência maior entre os médicos e a instituição hospitalar, assinalando reformas para a obtenção do nascimento do hospital terapêutico, destinado a curar, e da Medicina hospitalar. O médico desde então passou a ser a figura de maior destaque técnico e administrativo deste estabelecimento sanitário.

Foi também no século XVIII que se estabeleceram em Londres e que depois acabaram se difundindo por toda a Europa um outro tipo de instituição sanitária, eram os chamados dispensários que consistiam em unidades hospitalares de consulta externa e que visavam dispender cuidados médicos e de hospitalidade em regime de não internação. Esses dispensários eram chamados também de ambulatórios pelo fato de que seus usuários podiam se locomover por seus próprios meios, pois que, a internação era prescindível (ANTUNES, 1991).

No final do século XVIII os hospitais passaram a ter um disciplinamento rígido, enquanto que os lazaretos passaram a suprir acomodações diferenciadas para o internamento dos portadores de cada uma das moléstias, ou seja, cada lazareto destinava-se a uma só moléstia. Esse processo prolongou-se até o século XX quando os recursos terapêuticos se tornaram mais eficazes e os lazaretos se transformaram apenas em hospitais.

Dessa forma, é a partir do século XVIII que o hospital surge como instrumento disciplinar e terapêutico destinado a curar, ele passou a ser o local de observação, de diagnóstico, de

experimentação, de intervenção, etc. O hospital que antes excluía vai deixando de existir e o espaço hospitalar vai passando a ser medicalizado em sua função e em seus efeitos, constituindo-se assim uma Medicina hospitalar, onde o médico passa a ser o principal responsável desde a construção do hospital até a sua organização hospitalar e econômica. É a partir deste século que surge o grande médico de hospital, ou seja, quanto mais experiência hospitalar o médico tem, mais ele é considerado sábio. No hospital este sábio passou a atender os doentes, ensinar os alunos transmitindo o seu saber pois, é ele quem detém o saber médico e também, é no hospital que começa a se dar à hierarquização das relações. É neste século que começa a surgir também os hospitais especializados, não mais aqueles reservados aos loucos ou leprosos, mais aqueles voltados a uma especialidade médica como as maternidades, hospitais infantis, etc (FOUCAULT, 1979).

No século XVIII continuou havendo o desenvolvimento do mercado médico na forma de clientela privada mas houve, principalmente, toda uma organização das políticas de saúde considerando a doença como problema político e econômico. Houve também toda uma organização do saber médico e uma articulação para a organização da família como sendo o agente de toda a medicalização, ou seja, a família passa a ser responsável pelos cuidados de ordem física principalmente das crianças, inclusive, foi neste século, que as mães passam a amamentar os filhos e a serem mais afetuosas com estes. E são todos esses fatores que aliados a Medicina clínica centrada no exame, no diagnóstico e na terapêutica que dão origem a grande Medicina do século XIX.

Percebemos que durante a Idade Moderna coexistiram vários Estilos de Pensamento, os mais predominantes nesta época foram: o organicista, o higienista/preventista e o social mas é claro que o mágico-religioso não deixou de existir e, de certa forma, ele se mostra em vias de transformação. Entretanto veremos que a partir da Idade Contemporânea a ciência médica vai se

tornando cada vez mais complexa em consequência, principalmente, das inovações científicas e tecnológicas. Com as inovações surgem os mais variados CPs que se entrelaçam e que originam EPs diversos que acabam tornando cada vez mais complexos os conhecimentos na área médica.

2.4 - Idade Contemporânea (final do século XVIII até nossos dias)

A Idade Contemporânea começa com os grandes movimentos revolucionários europeus que derrubam o absolutismo, implantam a economia liberal e extinguem o antigo sistema colonial. A Revolução Francesa, em 1789, é considerada o principal marco que separa a Idade Moderna da Contemporânea. Os outros marcos deste período são: a hegemonia política e econômica da Europa ocidental (França e Inglaterra); a independência da América espanhola e do Brasil; o neocolonialismo; a Primeira Guerra Mundial (1914-1918); a Revolução Russa (1917); a crise econômica de 1929; os regimes totalitários: nazismo e fascismo; a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Podemos dizer também que a epidemia de cólera foi um dos marcos do século XIX, ela representou o mesmo papel de catástrofe coletiva das epidemias dos séculos anteriores. É neste período que o EP tecnocientífico começa a tomar vulto e vai se transformar num dos mais importantes patamares da Medicina do século XX.

Com o industrialismo na Europa ocidental, que já vinha se constituindo desde os séculos anteriores, foram alteradas as condições sociais dos trabalhadores que acabaram resultando nas políticas de higiene pública e também resultaram em diversos estudos sobre problemas sociais específicos ou da saúde relativos ao século XIX. A França foi uma das pioneiras nestes estudos, como por exemplo, o do médico Louis René Villermé (1782-1863) que investigou as condições de saúde dos trabalhadores têxteis e também pesquisou a mortalidade em diferentes bairros de Paris onde assinalou uma relação clara entre pobreza e doença. Outros investigadores se

empenharam em temas como: alcoolismo, prostituição, aborto, habitação, nutrição e também o suicídio, investigado por Émile Durkheim (1858-1917) que chega a conclusão que o fenômeno é indicativo da falta de integração social. Neste século os investigadores já tinham consciência da influência das condições sociais sob os problemas de saúde, onde surge a idéia de que a Medicina é uma ciência social (ROSEN, 1983).

O século XIX é considerado como sendo a era das grandes conquistas científicas que propiciaram uma prodigiosa evolução no conhecimento humano. Essas conquistas ocorreram, por exemplo: na Química com as sínteses de diversas substâncias, como o álcool etílico e a uréia. Na Física com a criação, em 1831, do gerador elétrico por Michael Faraday (1791-1867) e mais tarde do motor elétrico. A invenção da lâmpada incandescente elétrica por Thomas Edison (1847-1931). A descoberta do elemento rádio pelo casal Pierre Curie (1859-1906) e Marie Curie (1867-1934) que viria revolucionar o tratamento do câncer a partir da radioterapia. A descrição da evolução biológica das espécies animais, realizada pelo naturalista inglês Charles Darwin (1809-1882), que abriu novos horizontes para a Medicina. Foi neste período que se conquistou também os primórdios da genética a partir dos estudos com ervilhas do monge gregoriano Johann Mendel (1822-1884) e a descoberta dos raios X por Conrad Röntgen (1845-1923).

A descoberta dos raios-X, em 1895, causou um grande impacto nos meios científicos da época e também entre os leigos. A sociedade tinha noção de que algo singular havia sido descoberto e, dessa forma, os cientistas já previam uma nova era para a Medicina. Mas o que mais impressionava as pessoas era o poder de penetração dos raios-X e a possibilidade de visualização do interior do corpo humano através das vestes e da pele. A radiografia passou a ser objeto de curiosidade e até de preocupação, pois invadia a privacidade do corpo humano. Nesta época muitos leigos compravam a máquina e ofereciam à população fotografias com os misteriosos raios-X. Era comum entre namorados a troca de fotografias das mãos, feitas com os

raios-X. Somente depois que se tornaram conhecidos os efeitos nocivos da radiação sobre o organismo humano é que o seu uso se restringiu aos hospitais e clínicas especializadas, inicialmente para fins diagnósticos e, posteriormente, também para fins terapêuticos (REZENDE, 2004).

Outra grande descoberta para a Medicina ocorreu no final do século XVIII, em 1773, quando Joseph Priestley (1733-1804) descobre o dióxido de nitrogênio (NO^2) que vem a se tornar o elemento básico das primeiras anestésias utilizadas, primeiramente, pelos dentistas e depois pelos médicos nas intervenções cirúrgicas. Antes dessa descoberta revolucionária já existiam algumas técnicas para diminuir a dor, por exemplo, os chineses aliviavam a dor com a acupuntura. Os Incas utilizavam, para o mesmo fim, a mastigação das folhas de coca, mas estas técnicas não se encontravam difundidas em todas as sociedades. Nas sociedades ocidentais durante toda a Idade Média: a dor, a doença e o sofrimento eram vistos como castigo divino que serviam para purificar a alma. Nesta época, por exemplo, as mulheres eram severamente punidas se fizessem uso de qualquer ritual não religioso para aliviar as dores do parto. Mas alguns médicos mais caridosos, ao longo dos séculos, para proporcionar algum conforto a seus pacientes administravam por via oral o álcool e o ópio. Mas o método mais comum era a contenção do paciente pela força, dessa forma, era ignorada a dor e o sofrimento dos pacientes durante as cirurgias e era considerado bom cirurgião aquele que operasse mais rápido. A dor se constituía como providencial e a capacidade de suportá-la era uma nobre virtude. É só com a descoberta do NO^2 , no século XVIII, que vai se criar uma técnica eficaz para a diminuição das dores. E coube a Humphry Davy (1778-1829), um aprendiz de farmácia, experimentar pela primeira vez os efeitos da inalação do NO^2 , isso já no século XIX (MAIA & FERNANDES, 2004).

Desta feita, ele descobriu que o gás produzia uma sensação agradável, acompanhada de um desejo incontido de rir (gás hilariante). Certa vez estando com dor de dente inalou o gás e

notou que a dor desaparecera por completo. Um pouco mais tarde Faraday, estudando a liquefação dos gases e os líquidos voláteis, descobriu que os vapores de éter possuíam efeitos inebriantes semelhantes aos do dióxido de nitrogênio. Esses efeitos inebriantes do NO^2 e do éter tornaram-se conhecidos nos Estados Unidos e eram freqüentes os espetáculos públicos de inalação de gás hilariante, assim como reuniões reservadas de inalação de éter, conhecidas como *ether parties* ou *ether frolics*.

Foi em um desses espetáculos de inalação de gás hilariante que o dentista Horace Wells (1815-1848) tomou conhecimento da propriedade do NO^2 de causar insensibilidade e teve então a idéia de utilizá-lo em extrações dentárias. Fez uma experiência em si mesmo, solicitando a um colega que lhe extraísse um dente após inalação do NO^2 . Não somente não sentiu dor, como experimentou uma sensação de euforia e bem-estar. Entusiasmado, dirigiu-se a Boston, onde conseguiu permissão para fazer uma demonstração perante professores e estudantes da Faculdade de Medicina de Harvard. A sua demonstração fracassou e, além disso, ele colocou em risco a vida do paciente que serviu de cobaia. Wells passou a ser considerado no meio científico como um charlatão e impostor.

Um pouco mais tarde, outro dentista de Boston, William Thomas Green Morton (1819-1868), insistiu no propósito de obter extrações dentárias sem dor e sem colocar em risco a vida dos pacientes. Surge a idéia de substituir o NO^2 por éter e os resultados foram surpreendentes. Morton anteviu a possibilidade da cirurgia sem dor e obteve permissão para uma demonstração no Massachusetts General Hospital e acaba recebendo todas as glórias cabíveis à grande descoberta.

Mas na realidade, esta não era a primeira intervenção cirúrgica realizada com anestesia geral pelo éter pois, o médico Crawford Williamson Long (1815-1878), que tinha o hábito de realizar sessões de *ether frolics* em sua casa, teve sua atenção despertada para a insensibilidade

que se produzia durante os efeitos do éter pois, por mais de uma vez, havia se machucado sem nada sentir. Teve então a idéia de utilizar o éter em pequenas intervenções cirúrgicas e foi assim que ele, na presença de várias pessoas, extirpou dois pequenos tumores na nuca de um paciente sem que este nada sentisse. Depois disso Long chegou a operar várias pessoas anestesiadas pelo éter. Mas certo dia uma comissão constituída das autoridades locais, foi ao seu consultório pedir para que ele renunciasse a essas práticas audaciosas pois, se um doente morresse ele poderia ser linchado em consequência da revolta da população, costume que era freqüente na época. Long abandonou o uso do éter e as suas experiências pioneiras só se tornaram conhecidas após a sua morte (MAIA & FERNANDES, 2002).

A descoberta da cocaína como anestésico local se dá por volta de 1884 quando Karl Koller, cujo apelido era Coca Koller devido à dependência desenvolvida pela cocaína, descobriu que o olho humano tornava-se insensível à dor com o uso deste fármaco. Um pouco mais tarde, Wiliam Halsted (1852-1922) também pesquisou a cocaína na tentativa de estabelecer o uso da droga como anestésico local sem restringir o seu uso somente à oftalmologia e para testá-la, Halsted passou a administrar cocaína em si mesmo e em outras pessoas. Ele e seus colegas obtiveram sucesso no bloqueio da dor iniciando a era das cirurgias oculares, mas o preço desse achado foi uma intensa dependência. Halsted acreditando que a morfina e a cocaína pudessem substituir uma à outra, passa a utilizar morfina para tratar sua dependência de cocaína tornando-se, também, dependente de morfina até o final de sua vida (FERREIRA & MARTINI, 2001).

Nos anos seguintes a essas descobertas foram introduzidos novos agentes anestésicos: em 1930 foi introduzido o ciclopropano e em 1956 o halotano. Paralelamente à anestesia geral por inalação desenvolveram-se outros tipos de anestesia como: a anestesia local, venosa, raquianestesia, etc. O termo anestesia foi sugerido pelo médico e poeta norte-americano Oliver Wendel Holmes (1809-1894). Entretanto, essa palavra já existia na língua grega tendo sido

empregada no sentido de insensibilidade dolorosa, pela primeira vez, por Dioscórides no século I d.C. Em 1902 foi criado o termo anestesiologia que define uma das mais importantes especialidades médicas. Essa pequena explanação sobre a história da anestesia serve de exemplo de que tudo tem seu lado positivo e negativo. O lado positivo fica por conta da singular descoberta que abriu espaço para todas as áreas da Medicina com a introdução da anestesia e o lado negativo, fica por conta da dependência química que certos elementos causam no organismo do homem, dos quais os médicos estão na maior parte das vezes intimamente ligados a estes elementos.

Todas as novas descobertas científicas, que foram citadas, aliadas a mecanização e o desenvolvimento industrial do século XIX beneficiaram diretamente a Medicina, propiciando a invenção de novos instrumentos terapêuticos e de diagnóstico, como: o estetoscópio inventado por René Laënnec (1781-1826); o oftalmoscópio, aparelho para examinar o fundo do olho, inventado por Hermann Ludwig von Helmholtz (1821-1894); a seringa hipodérmica criada pelo médico francês Charle Pravaz (1791-1853) e a invenção do laringoscópio pelo espanhol Manuel Patrício Rodriguez Garcia (1805-1906). O estetoscópio se tornou o símbolo do clínico, e o bisturi se tornou o símbolo do cirurgião.

Antes da invenção do estetoscópio a ausculta do coração e dos pulmões era feita com o ouvido encostado diretamente na parede do tórax, sendo que, os médicos tinham dificuldade de auscultar as pessoas obesas e também causava certo constrangimento quando se tratava de auscultar pacientes do sexo feminino.

O estetoscópio (*stethos*, peito + *skopein*, ver, examinar) como instrumento médico surgiu quando Laennec, ao examinar uma senhora obesa na qual tinha dificuldade de ouvir os sons cardíacos, enrolou uma cartolina e colocou uma das extremidades no tórax da paciente e com isso conseguiu ouvir na outra extremidade os sons cardíacos. Posteriormente esse médico substituiu a

cartolina por um tubo de madeira e deu a esse dispositivo o nome de estetoscópio (REZENDE, 2004).

É também no século XIX que se dá à descoberta da etiologia microbiana de inúmeras doenças, pelo cientista Louis Pasteur (1822-1895), que possibilitou um maior controle das infecções e também a descoberta do bacilo da tuberculose por Roberto Koch (1845-1910). Neste século começa a acontecer a prática da desinfecção das partes contaminadas do corpo (anti-sepsia) introduzida por Joseph Lister (1827-1912), este médico também é um dos pioneiros nos estudos sobre a coagulação do sangue. A anti-sepsia dá início à assepsia, onde os cirurgiões buscaram eliminar também os agentes nocivos (bactérias) da sala de cirurgia (campo cirúrgico) através da esterilização. Em 1878 o iodo começa a ser usado como anti-séptico e em 1890 o cirurgião Halsted usa, pela primeira vez, luvas de borracha durante uma operação. Os hospitais que já estavam sendo constituídos como terapêuticos mas ainda enfrentavam problemas com a contaminação, com essas descobertas foram se transformando em lugares mais assépticos. Eis que ao EP organicista se junta uma visão biologicista das doenças dando origem então ao EP biologicista/organicista.

O marco histórico da assepsia foi a luta contra as altas taxas de mortalidade em virtude da febre puerperal. Oliver Wendell Holmes (1809-1894), em 1842, recomendava que as parturientes não deveriam ser atendidas por médicos que realizavam necropsias, sem que antes os mesmos lavassem as mãos em cloreto de cálcio e mudassem as roupas. Cinco anos depois, o austríaco Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) demonstrou que a mortalidade por febre puerperal poderia ser reduzida em cerca de 80% com banhos de cloreto de cálcio. Este médico enfrentou enorme e violenta oposição, sendo ridicularizado, o que o levou à loucura e a uma morte precoce (FERNANDEZ, 2004).

Conforme São Thiago (1998) foi no século XIX que Rudolf Virchow (1821-1902) contesta a teoria dos humores e descreve o corpo como um conjunto de células (tecido), definindo a doença como a vida modificada pela reação celular contra estímulos anormais. Enquanto que Claude Bernard (1813-1878) lança as bases da Fisiologia moderna, criando a noção de equilíbrio funcional (homeostase). Ele foi também o fundador da Medicina experimental. Já o médico americano John Richardson Young (1782-1804) demonstra a importância do suco gástrico no processo de digestão. Neste século também há os avanços sobre os estudos da Imunologia que vieram a resolver os problemas das vacinas (tétano, difteria, tifo, etc) e viroses. Também se dá o desenvolvimento da Endocrinologia com Henry Starling (1866-1927) e os seus estudos sobre os hormônios que resultaram na descoberta da insulina por Frederick Grant Banting (1891-1941) e Charles Herbert Best (1899-1978) e também a descoberta das vitaminas por Frederick Gowland Hopkins (1861-1947), e tantas outras descobertas e estudos que seria difícil enumerar todos.

Até o século XIX a hipocondria continuou sendo tratada como uma doença imaginária em que o indivíduo tinha sensações reais, mas também era considerada por outros CPs como uma doença do sistema nervoso. Neste século o francês Jean Martin Charcot (1825-1893) publica o livro “Leçons sur les maladies du système nerveux”. Para ambos diagnósticos, de doença imaginária e doença nervosa, a hipocondria era tratada com remédios como: antiespasmódicos (ópio), fortificantes, e até, escalda-pés, lavagens e exercícios físicos. Philippe Pinel, por exemplo, recomendava aos doentes imaginários a equitação, ocupações manuais, viagens, etc. Para este médico o doente devia fixar suas idéias em assuntos novos e aumentar sua atividade física para libertar a sua emotividade. Segundo Le Goff (1997), nesta época, muitas pessoas foram diagnosticadas erroneamente como hipocondríacas. Isso só foi sendo modificado quando houve o avanço nas autópsias e os médicos começaram a reconhecer os erros nos diagnósticos.

Já no final do século XIX os médicos franceses vinculam a hipocondria às manias de perseguição e às diversas fobias que eram também consideradas como doenças mentais.

Há bem pouco tempo atrás, final do século XX, assistimos problemas muito parecidos quanto a diagnosticar erroneamente várias pessoas como poliqueixosas ou hipocondríacas pois, existem ainda muitas doenças que não são conhecidas, não existe explicação plausível para elas, como o caso da fibromialgia. Atualmente sabe-se que a fibromialgia é uma forma de reumatismo associada à sensibilidade do indivíduo frente a um estímulo doloroso. Mas como não existem exames laboratoriais que por si só confirmem o diagnóstico ocasionou e ainda ocasiona que muitos portadores desta doença sejam diagnosticados como poliqueixosos ou até hipocondríacos, já que ambos têm a mesma conotação dolorosa. A não estigmatização destes pacientes vai depender da experiência clínica do profissional da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004). Mas deixaremos para explorar mais este tema no 6º capítulo referente à análise das entrevistas e vamos explorar nesta parte rapidamente um outro tema, isto é, o tema relativo à dor.

A dor que foi concebida durante muito tempo como forma de purificação espiritual atualmente é considerada uma experiência subjetiva, tanto culturalmente quanto individualmente, e também complexa. Ela é subjetiva culturalmente pois, cada sociedade a representa de forma diferente, por exemplo: os italianos geralmente dramatizam a dor, enquanto os irlandeses tendem a negá-la. A dor é subjetiva individualmente porque a sua percepção é diferente para cada indivíduo. E a sua complexidade ocorre quando podemos caracterizá-la em três níveis de simbolização hierárquica. No 1º nível encontramos a dor orgânica ou biológica onde temos a percepção de que algo está errado no nosso corpo, seria a dor privada. No 2º nível a dor orgânica ou biológica passa a ser também um pedido de ajuda a uma outra pessoa. Neste nível a dor existe, é um problema real e é assistida por outra pessoa, o médico. Neste caso temos a dor pública. O

3º nível é o mais complexo, ou seja, a dor é um grito de socorro a qualquer pessoa que possa ouvi-lo. Para o indivíduo está dor existe mas não é comprovada pelos exames, neste caso a dor emerge de uma carência que pode ser física ou emocional. Para Szasz (1976) essa dor é como um sintoma neurótico, ela já não denota referência ao corpo, ela se mostra como uma nova linguagem, que este autor denomina como dor psicogênica ou dor hipocondríaca. A dor psicogênica não envolve nenhum mecanismo anatômico ou fisiológico, não se trata de sensações primárias e sim, estados de espírito complexos que poderiam ser descritos como angústia, desgosto e ansiedade.

Mas voltando ao século XIX, com a nascente psiquiatria, houve um avanço muito grande em relação àqueles indivíduos que eram diagnosticados como doentes mentais. Os médicos passam a reconhecer que os pacientes como membros da sociedade estão sujeitos, inclusive, às influências do seu meio ambiente social. Nesta época Pierre Janet (1859-1947) explica o aumento das neuroses pela complexidade crescente da vida social. Mais ou menos no fim do século XIX começam os estudos científicos sobre a personalidade, emoções e motivações do homem que só podem ser explicadas psicologicamente (BASTIDE, 1967).

No século XX surge a psicanálise com Sigmund Freud (1856-1939) e seus seguidores, dando início aos estudos sobre a importância do inconsciente na estrutura da pessoa. Freud nos seus estudos sobre a hipocondria passa a considerar que este fenômeno está muito ligado à angústia.

Com o advento da psiquiatria e da psicanálise e a sua progressiva aceitação no mundo científico foi introduzido em 1918 por Heinroth um novo conceito, o de psicossomática, ou seja, o de que algumas doenças ou males do corpo provêm de dentro da pessoa, fica assim estabelecida de vez à relação mente e corpo (MELLO FILHO, 1992). A psicossomática vai dar origem a um novo EP na ciência médica que neste trabalho denominaremos de EP psicossomático.

O EP psicossomático visa principalmente uma nova postura do médico. Essa nova postura deriva-se de uma posição holística, onde o termo grego *holos* significa total. Este conceito tenta recuperar o que na Antiga Grécia: Hipócrates, Platão e Aristóteles consideravam a unidade indivisível do ser humano: corpo e alma. Este EP tenta ver o homem de maneira menos dicotomizada, ou seja, considera o homem como um todo, um ser dinâmico que resulta de 3 dimensões: corpo, mente e mundo externo. Segundo Pinheiro (1992) a dimensão do corpo compreende: à morfologia, fisiologia e bioquímica das células, tecidos, órgãos e sistemas. Já a da mente compreende os estados de consciência, inconsciência, pensamentos, sentimentos, razão e fantasias. E o mundo externo que compreende os fatores ecológicos, o meio físico e os etológicos que são relativos aos costumes e hábitos dos indivíduos, ou seja, o meio social, cultural e econômico representados pela família, religião, profissão, etc.

A psicossomática também é conhecida como psicologia médica e dentro desta nova abordagem o profissional de saúde deveria estar capacitado para lidar com estas 3 dimensões vistas acima. Devemos deixar claro que essa abordagem psicossomática não se trata de uma nova especialidade médica ou psicológica, mas ela deve ser considerada como uma visão integrativa e enriquecedora do conhecimento profissional, ou seja, ela é um novo EP dentro da Medicina que aborda o indivíduo sob uma visão mais complexa que pode ser exercida por vários profissionais da saúde como: médicos, psiquiatras, psicólogos, odontólogos, etc. Mas infelizmente este EP não se encontra completamente disseminado em todos os cursos voltados para a saúde. Durante este trabalho faremos outras pontuações importante sobre a psicossomática, nesse momento nossa intenção é somente apresentá-la ao leitor.

Outro marco muito importante para a Medicina no século XIX foi a sintetização do ácido acético realizada em 1845 por Adolf Wilhelm Hermann Kolbe (1818-1884). Um pouco mais tarde Kolbe desenvolveu um método para a síntese do ácido salicílico e em 1899 a indústria

química alemã Bayer introduziu no mercado o ácido acetil salicílico sob o nome “aspirina”. A partir deste momento as fórmulas manipuladas passam a ser crescentemente substituídas pelas apresentações medicamentosas produzidas em série pelas indústrias farmacêuticas como: a Merck, Bayer, Parke Davis, Poulenc (LAIN ENTRALGO, 1978).

No final do século XIX, no âmbito assistencial, o doente encontrava-se estratificado em três níveis sócio-econômicos. Os doentes das classes altas eram atendidos em seus domicílios ou nos consultórios privados. Já os doentes das classes trabalhadoras buscavam assistência nos hospitais de beneficência, que já se encontravam mais higienizados e tinham como propósito a cura das doenças e não mais a exclusão do doente. Enquanto que os doentes das classes médias enfrentavam a calamidade dos médicos baratos, fugindo, ainda com medo, dos hospitais beneficentes. Os primeiros passos em direção a um sistema nacional de saúde seriam dados apenas no início do século XX, na Inglaterra (LAIN ENTRALGO, 1978).

Observamos que no século XIX as idéias estavam se tornando mais complexas devido ao crescimento constante do conhecimento sobre o organismo humano. E também, devido ao aprimoramento das técnicas de tratamento começa haver uma maior especialização dos profissionais da área médica. Dessa forma, o médico deixa de tratar de todas as doenças e de perceber o homem na sua totalidade, como era feito até mais ou menos esse século, e passa a especializar-se numa determinada área, num determinado órgão. O conhecimento nesta área tornou-se tão complexo que houve uma divisão do trabalho médico resultando na fragmentação dos saberes e práticas médicas. Para Durkheim (1995) o fenômeno da divisão do trabalho social é bastante positivo nas sociedades modernas pois, ele gera um novo tipo de solidariedade orgânica baseada na complementação das várias partes diversificadas, criando um novo laço social que dá origem a uma nova organização social. Já autores contemporâneos como Machado (1997), por exemplo, considera que em qualquer profissão, e aqui se inclui o trabalho médico, o processo

de especialização é um mecanismo estratégico adotado pelos profissionais para manter controlados os avanços e os novos conhecimentos de forma a assegurar o monopólio do saber e da prática profissional. Esta especialização se mostra como uma faca de dois gumes: de um lado há uma certa preservação da autonomia do profissional, mas por outro lado, o profissional perde a dimensão da totalidade, abandonando o conhecimento generalista e globalizante, criando a fragmentação dos saberes e práticas médicas. Quanto a isso Chavez (1985 *apud* MORAES, 1997:3) aponta que a “Especialização é a força expansiva do progresso mas, traz embutida o germe da regressão intelectual e espiritual; tudo o que se ganha em profundidade é perdido em extensão”.

No final do século XIX e começo do XX, todos os avanços científicos na área médica foram integrados aos currículos das escolas européias de Medicina. Nos EUA, no início do século XX, Abraham Flexner (1866-1959) que era secretário da Fundação Rockefeller, foi encarregado de realizar uma reforma na educação médica americana que visava à padronização dos currículos das escolas médicas, é então criado por ele o relatório Flexner que acaba institucionalizando o ensino médico e a prática médica. Segundo Cutolo (2001), esse relatório baseava-se no modelo mecanicista, isto é, o corpo humano deveria ser estudado por partes e a doença deveria ser vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular. O ensino era feito por disciplinas ministradas de forma independente, o que acabou por consolidar ainda mais as especialidades médicas e com isso também acabou desconectando o médico da arte de curar o paciente na sua totalidade. Dessa forma, a implantação do relatório nos currículos acaba solidificando ainda mais o EP biologicista/organicista. Foi também nesta época que os hospitais universitários se firmaram como local estratégico de ensino e pesquisa.

No século XX o capitalismo atinge a sua maturidade e plena dinamização alcançando sua globalização. No início do século a ocorrência de uma guerra de dimensões globais (Primeira Guerra Mundial) e, em seguida, o colapso do sistema capitalista da crise econômica de 1929, estabeleceram novas forças políticas a partir do surgimento do Socialismo na URSS e a emergência de regimes totalitários, como o nazismo e o fascismo. Estas novas ordens políticas, atuando nas relações internacionais, provocaram tensões que culminaram com a ocorrência da Segunda Guerra Mundial. Estabeleceu-se nas diversas sociedades, tanto ocidentais quanto orientais, um cenário de destruição imposto por sérias dificuldades econômicas e pelo desarranjo social. Mas por outro lado esse cenário de guerras levou a várias outras conquistas científicas, como por exemplo: o conhecimento do átomo e o domínio da energia atômica, a partir dos processos de fissão e fusão nuclear; a Teoria da Relatividade de Albert Einstein (1879-1955) que criou uma nova concepção de universo no qual tempo e espaço são entidades relativas; a definição da luz como composta por massa e energia (partícula-onda); a teorização pelos astrofísicos da expansão do universo através do big bang. O homem se lança na conquista do espaço com as viagens espaciais tripuladas e os satélites em órbita da Terra.

Quanto ao desenvolvimento da Medicina no século XX, este começa com a Farmacologia e a Bioquímica, onde o alemão Gerhard Domagk (1895-1964) descobriu as propriedades bactericidas da sulfanilamida, a precursora das sulfonamidas, que se tornaram as primeiras drogas do século XX ao combaterem eficazmente inúmeras doenças infecciosas, especialmente a pneumonia e a peritonite pós-cirúrgica. Em seguida, num pequeno laboratório em Londres se dá a contaminação de uma cultura de bactérias por um fungo, que proporcionou ao dr. Alexander Fleming (1881-1955) a oportunidade de ampliar o arsenal terapêutico contra as doenças infecciosas. À substância que foi isolada do fungo recebeu o nome de penicilina e permaneceu como curiosidade laboratorial até a Segunda Guerra Mundial, quando sua produção foi ampliada

e desenvolvido o seu uso para o combate às infecções provenientes dos ferimentos de guerra, reduzindo drasticamente as mortes nos campos de batalha.

Em 1944 temos a descoberta da estreptomicina pelo dr. Selman Waksman (1888-1973) e seus assistentes. Depois, na linha dos antibióticos naturais, surgiram os antibióticos semisintéticos e os sintéticos que atualmente são considerados as grandes fontes de riqueza para a indústria farmacêutica.

Ainda na Farmacologia e Bioquímica temos o desenvolvimento das vacinas: em 1921 os franceses Albert Calmette (1863-1933) e Camille Guérin (1872-1961) desenvolveram a vacina BCG contra a tuberculose. Em 1930 o sul africano Max Theiler (1899-1972) desenvolveu a vacina contra a febre amarela nos EUA. Em 1956, o norte-americano de origem russa, Albert Sabin (1906-1993) prepara a vacina contra a poliomielite de uso oral. Neste século também são sintetizadas várias drogas, como por exemplo: a betaendorfina, substância anestésica existente no organismo humano e o taxol, uma das drogas mais eficazes contra o câncer, essa doença já era velha conhecida dos médicos do mundo inteiro.

A epidemia predominante no século XX e XXI é a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Com essa nova epidemia se pronunciam, através da mídia, as disputas entre os laboratórios de pesquisa. Em 1983 o francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, anuncia a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o vírus da AIDS. Em 1984, o governo americano declara que o prof. Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, é o descobridor do HIV. Franceses e norte-americanos iniciam uma disputa pela primazia da descoberta e principalmente pelos *royalties* da venda de testes para a detecção do vírus. Foi só em 1991 que o Instituto Pasteur consegue provar na Justiça a primazia do descobrimento do vírus HIV. Para completar essa pequena história da AIDS, em 1987 o azidotimidina (AZT) é

introduzido no combate a essa doença (GRUPO DE APOIO E PREVENÇÃO A AIDS - GAPA, 2004).

É no início do século XX que o japonês Jokichi Takamine (1854-1922) isola a epinefrina, também chamada de adrenalina. Em 1929 o norte-americano Edward Adelbert Doisy (1893-1986), nos EUA, e o alemão Adolf Friedrich Butenandt (1903-1995) na Alemanha isolam, ao mesmo tempo mas em lugares diferentes, a estrona um dos hormônios responsáveis pela atividade sexual feminina. Em 1934 Butenandt também consegue isolar a androsterona, hormônio masculino em forma cristalina e em 1939 o norte-americano Philip Levine (1900-1987) descobre o fator RH do sangue.

A tecnologia que já vinha se desenvolvendo desde o século XIX levou a um aperfeiçoamento cada vez maior das cirurgias e dos materiais que são utilizados para salvar vidas humanas, por exemplo: surge em 1936 o primeiro coração artificial desenvolvido por Alexis Carrel (1873-1944). Em 1963 o norte-americano Michael Ellis De Bakey usa, pela primeira vez, um coração mecânico para assegurar a circulação sanguínea durante uma cirurgia cardíaca. 1967 acontece o primeiro transplante de coração do mundo, na Cidade do Cabo, África do Sul, realizado pelo sul-africano Christiaan Nethling Barnard (1922-2001). Em 68, o médico argentino René Favaloro (1923-2000) realiza a primeira cirurgia de ponte de safena, em Cleveland, EUA. Em 69, o norte-americano Denton Cooley implanta a primeira bomba artificial de substituição temporária do coração. Já em 1970 são experimentados em doentes cardíacos da França e do Reino Unido os primeiros marcapassos com energia nuclear. Em 1992 uma equipe médica dos EUA e do Japão realiza a primeira cirurgia de reconstrução de medula espinhal. Em 1993 uma equipe do Hospital Universitário de Los Angeles, EUA, realiza o primeiro transplante de pulmões de doadores vivos e também é realizada na Clínica Universitária de Navarra, Espanha, a primeira cardiomioplastia em um paciente com coração transplantado. Esta técnica

consiste em implantar um músculo intercostal do próprio paciente em seu coração para bombear o sangue. Para essas intervenções cirúrgicas experimentais começa a haver a necessidade do trabalho de equipes de médicos de várias especializações.

No campo da genética e da reprodução o século XX é imbatível. Um dos feitos mais importantes na área de reprodução humana foi a produção da primeira pílula anticoncepcional, em 1952; a pílula ainda é considerada como um símbolo da revolução feminina. Logo em seguida em 1953 o bioquímico norte-americano James Dewey Watson e o físico inglês Francis Harry Compton Crick descobrem a estrutura de espiral dupla do DNA (Ácido Desoxirribonucléico). Este é o século dos bebês de proveta e em 1978 o mundo fica chocado ao saber do nascimento do primeiro deles. Já em 1989 é anunciado, nos EUA, uma nova técnica de fertilização *in vitro* que permite as mães portadoras de doenças conceber filhos saudáveis. Em 1990 o Departamento de Energia e o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos iniciam o Projeto Genoma Humano, com investimentos da ordem de US\$ 3 bilhões, com o objetivo de mapear até 2005 os quase 100 mil genes humanos.

Observamos que neste século, tanto as pesquisas médicas quanto o trabalho cirúrgico e também o de diagnóstico, deixam de ser trabalhos particulares ou trabalhos solitários dos médicos para se tornarem trabalhos de equipe. E para isso a Medicina continua a contar com a colaboração de outros saberes como, por exemplo: o da Biologia, da Bioquímica, da Física, da Genética, mais recentemente da Nutrição, da Fisioterapia, da Enfermagem, etc. Essa comunhão converge para melhor entender as causas das doenças e para formulação de tratamentos adequados a elas.

Os avanços científicos provenientes da indústria farmacêutica, que foram surgindo gradativamente, juntamente com as pesquisas médicas permitiram também o desenvolvimento de inúmeros medicamentos. A tendência atual é fabricar remédios de aplicação cada vez mais

específica, principalmente em função da resistência das bactérias e vírus e do risco de dependência. Os medicamentos de uso mais difundido pertencem a três grupos principais: no primeiro grupo temos os antibióticos que agem sobre bactérias. Hoje existem mais de 200 tipos de antibióticos, desenvolvidos em função da resistência adquirida pelos diferentes tipos de bactérias. Um dos maiores desafios da Medicina é desenvolver técnicas para impedir a proliferação das bactérias resistentes.

O segundo grupo é o dos antiinflamatórios que permite grande alívio ao reumatismo e outras inflamações. A primeira substância deste tipo desenvolvida na década de 50 foi a cortisona. Hoje existem os antiinflamatórios não esteróides, que produzem menos efeitos colaterais e têm ação mais ampla. O atual desafio é fazer com que este tipo de medicamento seja menos agressivo ao estômago. E por último o grupo dos psicotrópicos, estes medicamentos agem sobre o psiquismo e se agrupam em quatro categorias: os tranqüilizantes que diminuem a ansiedade e a tensão nervosa; os antidepressivos que evitam ou atenuam a depressão; os neurolépticos que produzem estado de indiferença psicomotora e suprimem surtos psicóticos e os soníferos que provocam o sono. Todos têm propriedades diferentes e podem causar dependência.

Esses grupos de medicamentos se tornaram um problema de saúde pública no Brasil e em outros países também, a partir do momento que as farmácias os vendem sem apresentação de receita médica. Estamos falando de automedicação que apresenta vários problemas tanto físicos como sociais. Entre os problemas físicos destacamos as reações adversas e os efeitos indesejáveis dos medicamentos que devem ser controlados pelo médico. Já os problemas sociais se destacaram a partir de alguns surtos epidêmicos de efeitos tóxicos, como por exemplo, em 1937 quando uma grande quantidade de pessoas foi intoxicada com um xarope de sulfanilamida e, em 1961, o uso indiscriminado de talidomida que causou má formação congênita nos fetos e em consequência disso nasceram várias crianças portadoras de diversas deficiências físicas

(BARROS, 1992). Dessa forma, verificamos o quanto é importante a farmacovigilância, definida por Laporte & Tognani (1993) como um conjunto de atividades destinadas a identificar e avaliar os efeitos do uso agudo e crônico dos tratamentos farmacológicos na população ou subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos. A farmacovigilância deve ser considerada como um importante elemento na redução de riscos associados ao uso de medicamentos e como um dos rastreadores das ações que visam à promoção do uso racional dos medicamentos.

Essa cultura da automedicação acontece pois, é difundida na nossa sociedade capitalista de consumo que o medicamento é a forma mais correta de sanar qualquer sofrimento e qualquer dor. O medicamento ainda continua a ser visto como a única forma cientificamente válida para se obter a saúde. Eles não são uma mercadoria qualquer, eles são uma mercadoria especial pois, se encontram lastreados pelo conhecimento científico, onde seu valor de uso em nossa sociedade expressa a verdade (LEFÉVRE, 1983). Sendo assim, o medicamento acaba assumindo lugar de destaque na percepção e na prática tanto das pessoas leigas de maior ou menor poder aquisitivo, quanto dos médicos, isso é o que costumamos chamar de medicalização, onde os medicamentos assumem a conotação de mercadoria que deve ser consumida pela população em quantidade e qualidade crescente (BARROS 1983).

Já as inovações tecnológicas do século XX trouxeram à Medicina um avanço significativo. Esses aparelhos fantásticos como: o ultrassom, o endoscópio, a ressonância magnética, tomografia computadorizada, etc, permitem diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficientes. Outro benefício da tecnologia seriam os diagnósticos precoces de algumas doenças como o câncer, por exemplo. Por outro lado essas inovações tecnológicas trouxeram também malefícios e estes ficam por conta da negligência, por parte de alguns médicos, com o exame clínico. Dessa forma, a Medicina acabou se tornando mais técnica e menos humana e como conseqüência houve uma deterioração da relação médico-paciente.

Os médicos também passaram a solicitar mais exames complementares como forma de se proteger de futuras acusações de omissão ou negligência em relação aos seus pacientes. Muitas vezes os pacientes também chegam ao consultório pedindo pela realização de exames específicos, como no caso dos hipocondríacos e poliqueixosos. E é aí que as despesas decorrentes da utilização abusiva da tecnologia na área médica vêm a acarretar uma contínua elevação dos custos da assistência médica tanto privada quanto pública.

Observamos que a partir do século XIX todas as mudanças que se consolidaram na Medicina se refletiram na formação médica. Foram sendo introduzidos nos currículos acadêmicos dos futuros médicos novas disciplinas como: Física, Química, Histologia, Anatomia Patológica, Pediatria, etc. Houve a criação dos institutos de pesquisa como complemento das cátedras e também o crescimento das revistas médicas e dos congressos científicos como espaços de comunicação e difusão. As universidades, como centros de ensino médico, passaram a se desenvolver como enormes e bem equipados centros de pesquisa e de tecnologia médica. Parcerias com as indústrias farmacêuticas e de equipamentos tornaram as universidades os locais preferidos para a atuação dos médicos pesquisadores e estes, por sua vez, passaram a contar também com os Hospitais de Clínicas ou Hospitais Universitários. Ou seja, no desenrolar do século XIX e XX a Medicina se mostra plenamente engajada com os hospitais, e ambos experimentam enormes avanços, sobretudo em relação à impressionante revolução tecnológica, propiciada pelos avanços das pesquisas científicas e nas produções da indústria de transformação. Dessa forma, construiu-se um novo EP, o tecnocientífico e com ele surge à chamada Medicina tecnológica ou tecnocientífica.

A Medicina foi considerada durante muito tempo uma profissão masculina e foi somente no século XIX que ela se caracterizou, também, como mercado de trabalho feminino. Até o início deste século, nos Estados Unidos, as primeiras estudantes que se matricularam num Colégio

Médico, na Pensilvânia, foram motivo de chacota por parte dos estudantes. Na mesma época, em Edimburgo, na Inglaterra, as primeiras moças que conseguiram matrícula no curso médico foram vaiadas e até agredidas pelos rapazes. A reitoria da universidade abriu um inquérito administrativo e decidiu pela expulsão das alunas, considerando-as culpadas pelos distúrbios. A imprensa conservadora inglesa da época chamava-as de "as sete sem-vergonha". Rezende (2004) cita que em 1812 formou-se em Edimburgo um médico de nome James Barry, que ingressou no serviço médico do exército inglês e trabalhou durante muitos anos como médico militar nas colônias inglesas. Com a sua morte, em 1865, descobriu-se que se tratava de uma mulher disfarçada de homem. Para evitar escândalo ela foi sepultada como homem e só posteriormente o segredo foi revelado. Mas é somente em 1850 que foi fundada, na Philadelphia, nos Estados Unidos, a primeira escola médica para mulheres. Os professores desta escola eram mal vistos pelos seus colegas e pelas sociedades médicas da época. Muito lentamente foi sendo ampliado o número de médicas nos Estados Unidos e a exemplo desta escola surgiram outras exclusivas para mulheres em vários países da Europa. A Suíça foi o primeiro país europeu a liberar, em 1876, a matrícula em suas escolas médicas para ambos os sexos e logo outros países fizeram o mesmo. Foi dessa forma, preconceituosa, que a Medicina pouco a pouco deixou de ser privilégio dos homens.

Quanto às doenças mentais, a partir da 2ª Guerra Mundial, assumem duas formas de serem apresentadas. A primeira forma é dentro da psicanálise que nomeia essas perturbações como psíquicas, psicológicas, inconscientes, etc. A segunda forma se desenvolve dentro das Ciências Sociais, que explica essas perturbações como sendo consequência do desenvolvimento da modernidade, aqui se inclui o industrialismo, capitalismo, etc. Dessa forma, essas perturbações são explicadas através do condicionamento social a que estão sujeitas todas as experiências

personais humanas, ou seja, os comportamentos humanos não são dissociados dos componentes sociais (DUARTE, 1994).

Neste século o conceito de neurose começa a ser utilizado para designar as doenças mentais caracterizadas por conflitos interiores que se manifestam pela angústia, não apresentam base orgânica imediata e não alteram a personalidade como um todo (GRANDINO, 1985). Em 1995 a Associação Americana de Psiquiatria (AAP) através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), modifica novamente o conceito de neurose, ele passa a ser designado como transtorno somatoforme. Os transtornos somatoformes são todos aqueles que têm em comum a presença de uma ou mais queixas físicas, para as quais não se consegue encontrar uma explicação orgânica adequada e os achados nos exames físicos ou laboratoriais são insignificantes se comparados com as queixas apresentadas. A categoria dos transtornos somatoformes passou a reunir sete síndromes, são elas: transtornos de somatização; transtornos conversivos; transtorno doloroso; hipocondria; transtorno dismórfico corporal; transtornos somatoformes indiferenciados e transtorno de somatização sem outra especificação. Como vimos à hipocondria passa a ser considerada um dos vários transtornos somatoformes (AAP, 1995). Enquanto que as poliqueixas ainda continuam sem definição. Mas falaremos sobre estes dois conceitos no 5º capítulo desta dissertação.

Observando atentamente a história da Medicina verificamos também que o homem sempre teve necessidade de definir conceitos, como por exemplo, os conceitos de saúde e de doença. Esses conceitos se tornaram tão importantes que transcenderam a área médica e passaram a ser discutidos em outras áreas como: na Sociologia, na Antropologia, na Psicologia, etc e com o passar do tempo essas definições foram se tornando cada vez mais complexas.

A saúde no senso comum é vista como uma ausência de doença, mas o que é doença?

A explicação para as doenças é algo muito complexo por dois motivos: primeiro, porque em cada cultura se estabelece um padrão para este conceito, por exemplo, aquilo que consideramos normal no ocidente pode ser considerado patológico em sociedades diferentes da nossa pois, é a coletividade que estabelece, segundo seus valores dominantes, a distinção entre o normal e o patológico, entre saúde e doença (BASTIDE, 1967). Segundo, porque a explicação causal das doenças podem ser tanto naturais, quanto psicossociais, sócio-econômicas e até sobrenaturais (MINAYO, 1988).

Nesta ampla revisão bibliográfica vimos que inicialmente as doenças eram vislumbradas como sobrenaturais, depois passaram a ser vistas como um castigo divino, também foram vistas como um desequilíbrio dos 4 humores. No século XVII a doença se consistia numa avaria temporária ou permanente de um componente do corpo ou da relação entre componentes. A doença até já foi definida como uma conduta desviada do indivíduo, ou seja, o sociólogo americano Talcott Parsons (1982:402) definiu a doença como “um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como um sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social”. Para este autor a doença se define em parte biologicamente e em parte socialmente, mas ele não a considera um perigo externo, mas sim uma parte integral do equilíbrio social. Ela seria um modo de resposta às pressões sociais e também poderia ser considerada como um modo de iludir as responsabilidades sociais. Ele ainda define a doença como uma forma de conduta desviada, sendo que o papel do doente se reconhece na forma que a sociedade institucionaliza este desvio. Para ele é possível considerar que a doença pertença a um sistema de canais alternativos para exteriorizar os elementos motivacionais, como parte integral de um sistema dinâmico mais amplo de equilíbrio motivacional (PARSONS, 1982).

A doença também é vista como uma produção do próprio ser humano, onde o doente não é uma inocente vítima de alguma imperfeição da natureza, mas ele é considerado o autor de sua própria doença. “A doença é um estado do ser humano que indica que, na sua consciência, ela não está mais em ordem, ou seja, sua consciência registra que não há harmonia. Essa perda de equilíbrio interior se manifesta no corpo como um sintoma”. Os sintomas são a forma física da expressão dos conflitos psíquicos e todos eles são interpretáveis e essa interpretação deve ser dada pelo próprio indivíduo doente. Através da sua interpretação o doente atingirá o autoconhecimento. Isto não quer dizer que tenhamos que abandonar a Medicina tradicional, mas que devemos aliar nosso autoconhecimento a ela. Para atingirmos este autoconhecimento ou conscientização, na maioria das vezes, necessitamos de um psicoterapeuta (DETHLEFSEN & DAHLKE, 1983:17). Dentro desta nova abordagem que se refere a um certo CP sobre as doenças, percebemos que há uma vinculação entre os sintomas das doenças e os problemas psíquicos.

Enfim podemos dizer que as doenças já receberam conotação mística, biológica, política, econômica, social, psicológica e até ecológica. Mas o que não podemos nos esquecer é que estes conceitos, tanto o de saúde quanto o de doença já que um sempre se remete ao outro, devem ser vislumbrados como interiorizados num certo contexto histórico e cultural específico que não nos cabe discutir se são verdadeiros ou não, pois que, verdades absolutas não existem. O que existe é que cada cultura ou sociedade tem uma representação específica para cada um dos conceitos de saúde e de doença. Sendo assim, temos que esses conceitos são culturalmente complexos e individualmente são subjetivos pois, quem determina sua saúde ou sua doença é o próprio indivíduo. Por exemplo, um indivíduo pode ter uma doença crônica e nem por isso se considerar doente, em contrapartida existem indivíduos que fisiologicamente são considerados saudáveis pelos médicos mas eles se sentem doentes e agem como doentes. Helman (1994) cita que por um

lado à doença é parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular. Mas por outro lado a doença é uma resposta subjetiva do paciente e de todos que o cercam. O processo de adoecer, segundo ele, envolve uma experiência subjetiva que se compõem de mudanças físicas ou emocionais. Para Chioza (1987:76), um homem adoecer porque oculta de si mesmo uma história cujo significado lhe é insuportável. Neste caso a doença seria uma “resposta simbólica que busca, inconscientemente, alterar o significado da história ou, o que é o mesmo, seu desenlace”. Dessa forma não podemos concordar, aqui neste trabalho, com a definição estática de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS definiu saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Mas como podemos dimensionar o que é perfeito bem estar físico, mental e social senão de forma subjetiva, ou seja, o que é bem estar para uns, pode não ser para outros. Mas essa é uma discussão muito longa na qual não pretendemos nos estender, mas queremos deixar claro que nós entendemos que saúde e doença são estados complexos e subjetivos individualmente.

Como forma de finalizar este capítulo que se refere à revisão bibliográfica da história das ciências médicas nas sociedades ocidentais e, como forma de introduzir um outro capítulo, não menos importante, gostaríamos de destacar resumidamente o desenvolvimento dos hospitais nas sociedades ocidentais. Para tanto apontamos que os hospitais até o século XVIII foram utilizados como “instrumento para a contenção de fatores perturbadores da ordem pública” (ANTUNES, 1991:161), ou seja, promovendo a exclusão e o isolamento asilar de certos segmentos sociais, como: os mendigos, os vadios, os portadores de doenças consideradas repulsivas, etc. Desse modo, os hospitais se prestaram ao controle e o disciplinamento da vida urbana.

Entretanto, também observamos que foram surgindo elementos, tais como: a introdução da Medicina profissional, a redefinição do perfil institucional, a especificação de atribuições terapêuticas, o aproveitamento racional dos recursos disponíveis, os avanços científicos que a

Medicina experimentou através dos séculos e todos estes fatores juntos acabaram propiciando a conversão gradativa do hospital nos estabelecimentos de saúde dos nossos dias, isto é, hospitais terapêuticos. No século XX os hospitais não são mais considerados como uma instituição de caridade, mas como um estabelecimento de cuidados abertos a todas as classes sociais.

Schultz (1979) vai mais longe e indica que os hospitais contemporâneos estão dentre as mais complexas e dinâmicas instituições de nossa sociedade. Essa complexidade ultrapassa a sofisticação tecnológica que o seu funcionamento exige, pois ela se deriva também do fato de que o hospital é um tipo peculiar de organização prestadora de serviço, cujos integrantes convivem diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, ou seja, convivem com sofrimento, dor e morte. Dessa forma, é necessário que todo o corpo integrante do hospital seja adequadamente instruído, surgindo a necessidade dessas organizações desenvolverem sistemas administrativos e psicossociais (GONÇALVES, 1987).

Os hospitais contemporâneos são definidos por Ribeiro (1970:25) como sendo “uma instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de Assistência Médica diária e cuidados constantes de enfermagem”, este autor classifica os hospitais em dois tipos: o primeiro tipo é classificado como Hospital Especializado destinado a internar pacientes em uma especialidade, como por exemplo, os hospitais cardiológicos. O segundo tipo ele classifica como Hospital Geral que é destinado a internar pacientes de várias especialidades, podendo, porém ter uma ação limitada a um grupo etário (hospital infantil) ou a um determinado grupo da comunidade (hospital militar) ou ainda como hospital de ensino.

O hospital escola, segundo Gerges (1992), é destinado a constituir um centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área. Ele é formado por escolas de Ciências da Saúde como centro de formação profissional e se qualifica como sendo um hospital de ensino, pesquisa e assistência. Este tipo de hospital será visualizado no capítulo 4 desta

dissertação quando estaremos dando destaque ao Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Mas como uma introdução ao capítulo 4 gostaríamos de relatar, no próximo capítulo, como ocorreu à consolidação da Medicina e dos hospitais no Brasil desde a sua descoberta, onde avançaremos em direção aos hospitais contemporâneos do qual queremos tratar que são os Hospitais Universitários, em especial, o HU da UFSC.

Capítulo 3 - A arte de curar e hospitalizar no Brasil

Houve um tempo em que a medicina brasileira não se circunscrevia ao saber especializado. O médico era mais que o médico – era o humanista.

Clementino Fraga Filho

Podemos dizer que a história da Medicina no Brasil é uma tradução da história da Medicina nas sociedades ocidentais que mostramos no capítulo anterior, dessa forma, os EPs que vigoraram na Europa são também visualizados no Brasil. A diferença está que na Medicina brasileira foram se incorporando alguns hábitos dos indígenas e dos negros trazidos da África.

Os séculos XIV e XV, que determinam o final da Idade Média, foram períodos marcados por diversas crises na Europa representada por vários fatores econômicos, políticos e religiosos. A crise econômica se destacou pela queda da produtividade que ocasionou escassez de alimentos e como consequência milhares de pessoas morreram de fome. Grande parcela da população europeia que sobreviveu a fome tornou-se vítima das epidemias que se alastraram por todo o continente europeu. A crise política atingiu seu apogeu com as guerras, entre elas destacamos, a Guerra dos Cem Anos, entre a França e Inglaterra, que prejudicou a vida econômica dos dois países empobrecendo grande parcela da nobreza feudal. A crise religiosa colaborou para gerar insegurança e desorientação nos membros da cristandade, o que fez surgir várias doutrinas contrárias aos dogmas da Igreja Católica. Esses foram alguns dos fatores que aliados abalaram todo o sistema vigente neste período e acabaram resultando na desorganização gradativa do feudalismo para uma nova forma de organização social, o capitalismo. Mas mesmo sendo considerado um período de crise ele foi também um período de grandes transformações sociais com o comércio que florescia nos centros urbanos europeus e que fez surgir uma nova classe

social, a burguesia mercantil. Foi esta classe quem financiou as grandes navegações destes séculos e que resultaram na descoberta da América e do Brasil, em 1500 (COTRIM, 1999).

A Igreja Católica participou de todo o projeto de expansão ultramarina português por intermédio das Ordens Religiosas: jesuíticas, franciscanas, beneditinas, carmelitas, etc e esteve presente no Brasil desde o seu descobrimento (CÁCERES, 1993).

A economia colonial brasileira sempre esteve integrada ao processo mundial de expansão do capitalismo mercantil. Portugal, baseado no monopólio colonial, tinha a exclusividade do comércio com a colônia e os produtos coloniais eram dirigidos para o mercado externo. Internamente a economia colonial tinha caráter predatório sobre os recursos naturais. Toda a produção centrava-se na grande propriedade monocultora, o latifúndio, e na utilização da numerosa força de trabalho escravo: a dos indígenas e depois dos negros. Estas duas etnias juntamente com o europeu fizeram parte da formação do povo brasileiro.

No Brasil, até o século XVI, os indígenas viviam livres de algumas doenças que assombravam as sociedades européias. As epidemias não chegavam até aqui pois, ainda não haviam sido realizados os contatos entre os brancos e os índios. Foi só após esses contatos entre os nativos e europeus que começou o que Gilberto Freire (1954:219) chama de a “sífilização do Brasil”.

Na Medicina dos povos que habitavam o Brasil antes da sua descoberta predominava o EP mágico-religioso, mas isso não quer dizer que os índios não conheciam outras formas de cura pois, eles utilizavam seus remédios para feridas, ulcerações, ou seja, nas afecções externas que através da observação eles já sabiam como tratá-las. Quando eles não conseguiam explicar as doenças por meios naturais eles recorriam então para explicações sobrenaturais ou extranaturais.

Segundo Gomes (1974) os índios se valiam de alguns processos denominados por este autor como mágico-terapêuticos e de uma cirurgia rudimentar. As cirurgias dos índios eram

capazes de satisfazer as necessidades mais urgentes, como por exemplo: as suturas por meio de cipós ou então a imobilização de um membro fraturado. Dentre os processos terapêuticos encontramos, por exemplo: a sucção, ao praticar a sucção eles sugavam o pus e depois jogavam fora; a balneoterapia, que tinha finalidade higiênica e curativa pois, quando o índio tinha febre ele tomava banho frio e sua febre baixava; o jejum que era utilizado como remédio, rito e prescrição de higiene; e também a fitoterapia, uso de medicamentos derivados dos vegetais, animais e minerais. Todos os processos terapêuticos dependiam de um ritual simbólico, cujo chefe ritualístico era o pajé. Desse modo, nesta época, podiam ser encontrados no Brasil o EP mágico-religioso e o EP higienista na forma como eles estavam estabelecidos pelos indígenas. Esses EPs foram sendo incorporados pelos médicos europeus que, pouco a pouco, foram chegando ao Brasil.

O pajé era o homem mais respeitado e temido dessas sociedades tradicionais. Ele mantinha relações com o mundo das sombras, dos espíritos, dos animais e de Tupã. No ocidente ele é considerado como um misto de sacerdote, de feiticeiro e de curador. Mas não eram somente eles que cuidavam dos doentes pois, as índias mais velhas tinham também essa atribuição em algumas sociedades tradicionais.

Na Medicina indígena já existia uma protoidéia da anamnese e do exame clínico. O pajé, assim como o médico, interrogava seus pacientes, apalpava a procura de partes doentes e depois seguia com a sua indicação terapêutica de origem animal, vegetal, ou ambas. Esta procura por partes do corpo doentes nos levam aos primórdios de um EP organicista no Brasil.

Com o início da colonização surgiram males entre os índios que até então não eram conhecidos aqui, como: a sífilis, a escarlatina, sarampo, varíola, etc. Estes males dizimaram milhares de índios. Os padres da Companhia de Jesus, que para cá vieram em 1549, além de serem os agentes introdutores de algumas dessas doenças entre os indígenas, eles também

doutrinaram os índios, ensinaram ofícios manuais e trataram de combater à específica e tradicional Medicina dos pajés, substituindo-a pela Medicina sacerdotal e incorporando a esta, todo o conhecimento que os pajés tinham da flora. Os colonizadores, na pessoa dos sacerdotes, empregaram campanhas para desacreditar os pajés. Santos Filho (1991) cita que as campanhas antipajelança eram pregadas nas missas dominicais e também nas aulas de doutrinação das crianças indígenas. Os poderes sobrenaturais dos pajés eram taxados de demoníacos e suas práticas medicinais eram acusadas de falsas. Além dessas campanhas, os sacerdotes quando visitavam índios enfermos levavam para eles medicamentos e alimentos, sendo que, este ato solidário acabou proporcionando enorme prestígio para os sacerdotes dentro das comunidades indígenas.

Uma das primeiras epidemias que surgiram no Brasil foi a de varíola por volta de 1563 na Bahia. Nesta primeira epidemia os índios foram as principais vítimas desta doença. Em 1666 uma nova epidemia de varíola assolou o Brasil e desta vez o povo atribuiu a causa da epidemia à passagem de um cometa. Nesta segunda epidemia a mortandade foi tão grande que as famílias ricas se viram na miséria por falta de mãos para o trabalho e a fome tomou conta de todo o país. Os mortos eram tantos que não cabiam nas Igrejas. Os poucos médicos que existiam aqui, nesta época, não davam conta de atender aos doentes e também não tinham como tratá-los. Isso deu margem para que alguns indivíduos inescrupulosos inventassem processos de tratamento de doenças, que até então eram incuráveis.

No século XVIII a varíola continuou a atacar os brasileiros, o que fez com que as autoridades promovessem uma série de medidas para tentar combater a doença e também organizar e controlar o espaço mórbido, culminando com a expulsão dos variolosos das cidades e encaminhando-os ao isolamento nos lazaretos. Dentre essas medidas podemos destacar o pagamento de prêmio para delatores que denunciasses os variolosos, sendo que, estes recebiam

tratamento diferenciado conforme sua classe social. Foi somente em 1798 que o cirurgião-mor, Francisco Mendes Ribeiro (1760-?), manda promover a primeira vacinação antivariólica do Brasil. Mas até o século XIX a varíola continuou a infectar os brasileiros e os estrangeiros que aqui viviam. (ROMERO, 2002).

Mas voltando ao século XVI, em 1574 a quantidade de índios doentes era tão grande que foi ordenado pelo padre Inácio de Tolosa (?-?) a criação de enfermarias em todas as aldeias indígenas e que também fossem construídas casas isoladas que servissem de hospital. Quando aconteciam as epidemias e as enfermarias se tornavam insuficientes, os índios doentes eram levados para a casa dos padres que também funcionavam como enfermarias e boticas para os religiosos e demais habitantes da terra. Foi só a partir do século XVII que as enfermarias passaram a contar também com a assistência de alguns médicos que prestavam serviços clínicos por amizade ou mediante pagamento.

As boticas, hoje conhecidas como farmácias, eram instaladas dentro da enfermaria e estavam sempre providas de remédios da Terra e das drogas que vinham da Europa. A princípio essas drogas eram fornecidas gratuitamente, mas posteriormente começaram a serem cobradas. Nessas boticas os padres anotavam todas as receitas em um caderno e anotavam também os passos que deveriam ser seguidos para a sua preparação até o modo de usar o remédio (SANTOS FILHO, 1991). Esse hábito de anotar receitas era muito comum desde a Antiguidade na Grécia, como vimos na primeira parte deste trabalho.

Os sacerdotes que se instalaram no Brasil no início da colonização exerceram vários ofícios como: físicos⁸, cirurgiões-barbeiros, enfermeiros e boticários. Alguns sacerdotes tinham estudado Medicina na Europa e outros aprendiam a Medicina praticando na nova Terra. Além de

⁸ O médico era chamado de físico porque era dado o nome de Física à Medicina

visitar e medicar os doentes, os jesuítas também faziam partos, lancetavam, sangravam e eram eles também que registravam os nascimentos e os óbitos. Dessa forma, temos que até o século XVII a assistência médica no Brasil, da mesma forma que na Europa, era prestada por todos os padres sem distinção. A Medicina sacerdotal utilizava os recursos terapêuticos da nova Terra aliados aos conhecimentos médicos e cirúrgicos europeus.

Desde o início da colonização do Brasil, no século XVI, foram trazidos para cá os negros africanos e estes trouxeram na sua bagagem várias doenças que também não eram conhecidas aqui no Brasil, como: febre amarela, tracoma⁹, maculo¹⁰, etc. Os negros acreditavam que eram os deuses maus que provocavam as doenças e os deuses bons às curavam. A terapêutica africana resumia-se em: raizadas, bebida feita com raízes; rituais de feitiços; e remédios mágicos como amuletos e talismãs.

Em meio aos vários indivíduos africanos que foram trazidos para o Brasil encontravam-se também os feiticeiros-curadores, grandes conhecedores de raízes, que eram considerados pelos negros os intermediários entre os deuses e os mortais. Esses feiticeiros tinham muitas habilidades na área da magia. A maioria dos negros curadores provinham da Nação Mandinga, por isso que no Brasil o feitiço virou sinônimo de mandinga.

Nesta época eram realizadas aqui no Brasil cerimônias rituais, onde os negros curadores entravam em transe e todos acreditavam que eles eram possuídos por espíritos que aconselhavam remédios mágicos e beberagens para os doentes. Santos Filho (1991) aponta que nesses rituais os feiticeiros mesclavam religião com a Medicina africana, mas esta contaminada pela feitiçaria acabou se degenerando aqui no Brasil e o feiticeiro negro acabou assimilando os conhecimentos

⁹ Tracoma é infecção ocular causada por bactéria que acaba levando a cegueira

¹⁰ Maculo é uma doença caracterizada pela diarreia

médicos: dos sacerdotes, dos indígenas e também os conhecimentos dos europeus e foi dessa forma, que ele acabou se transformando num dos curandeiros da Medicina popular.

Segundo Queiroz (1991) Medicina popular são todas as representações e práticas relativas à saúde e à doença que se manifestam independentes da Medicina oficial, são consideradas Medicina popular: a Medicina caseira, a religiosa, a alternativa, etc. Não há propriamente um antagonismo entre estes tipos de Medicina, pois que, não é raro os indivíduos se encaminharem para duas delas ou até mais ao mesmo tempo. Essas manifestações, que também denominamos como Medicina, podem ser consideradas como EPs que influenciaram a Medicina científica, mas que não são, pelo menos por enquanto, considerados como científicos.

Inicialmente, com a instalação forçada dos negros no Brasil, os feiticeiros tinham como clientes os próprios negros escravos doentes pois, eles sofriam aqui de várias doenças, como: raquitismo, síndrome de carências vitamínicas, tuberculose, etc. Muitos tinham problemas de alcoolismo, falta de cuidados higiênicos, maus tratos e também sofriam de banzo ou melancolia nostálgica devido à saudade e a desilusão com o tratamento que recebiam dos senhores de engenho. Segundo Santos Filho (1991:215) o branco quando ficava saudosos da sua terra na Europa era também atingido pela “hipocondria ou mania melancólica” que consistia na queixa de múltiplos sintomas que só existiam na sua imaginação. Esse estado hipocondríaco ia se degenerando em graves psicoses que muitas vezes eram seguidas de morte. No 6º capítulo desta dissertação nos aprofundaremos um pouco mais sobre o conceito de melancolia.

Também existiram no Brasil muitos negros portadores de deficiência física provocadas por castigos e desastres nos engenhos e, como a maioria da população brasileira, eles também tinham os dentes em péssima condição. Com o passar do tempo os locais onde eram realizadas as cerimônias rituais de possessão começaram a ser freqüentados também pelos brancos. Esses locais ficaram conhecidos como terreiros e os feiticeiros passaram a ser denominados pais-de-

santo ou babalorixá. Esses curandeiros contribuíram muito para o conhecimento das raízes das plantas que eram usadas por eles como remédios. Mas esse conhecimento, segundo Santos Filho (1991), foi sendo disseminado e exercitado, inicialmente, somente entre a baixa e média camada da população brasileira.

O curandeirismo foi considerado, por um bom tempo, um mal necessário e aceito pelo povo e acobertado pelas autoridades pois, ele supria a escassez no Brasil de físicos e cirurgiões aprovados e diplomados. Ele era praticado por negros, mestiços e também pelos brancos que curavam pela experiência. Geralmente o povo procurava antes o curandeiro e só quando não obtinham resultado de cura é que procuravam o médico. A Medicina dos curandeiros se baseava numa mistura de conhecimentos empíricos, fórmulas mágicas, cerimônias rituais. A grande arma terapêutica desse tipo de Medicina era a flora brasileira na forma de ervas medicinais, raízes, frutos, resinas, etc. Durante a Inquisição muitos curandeiros foram considerados bruxos e levados a fogueira.

No século XVII os feiticeiros africanos foram denunciados como enganadores e exploradores de seus próprios patrícios, ou seja, eles foram destituídos de suas funções ritualísticas de cura da mesma forma que os pajés. Isso ocorreu pois, eles exerciam um grande poder de sugestão sobre os seus pacientes. Mas mesmo assim no século XVIII generalizou-se por toda a população da nova Terra o uso de alguns vegetais utilizados pelos feiticeiros que tinham efeito narcótico, como por exemplo: a jurema, uma leguminosa encontrada no litoral brasileiro e a diamba, a tão famosa *cannabis*, mais conhecida atualmente como maconha. Também se generalizaram os feitiços que eram retirados das vítimas através da raizada e mediante pagamento ao feiticeiro. Nesta época os colonizadores alarmados, pois a maioria da população já vivia temerosa dos quebrantos e encantamentos, proibiram a atividade dos feiticeiros. Os terreiros e as macumbas passaram a ser considerados locais de exercício ilegal da

Medicina, mas já era tarde demais, o povo já havia se habituado ao novo costume (SANTOS FILHO, 1991).

No Brasil, nos dois primeiros séculos de sua existência, era também muito comum os indivíduos doentes e seus familiares suplicarem às divindades a sua cura através de preces, novenas, promessas e até procissões. As epidemias que chegaram ao Brasil, como por exemplo, a de varíola e febre amarela foram exemplos dessa religiosidade em favor da saúde pois, quando essas epidemias assolavam a população era determinado à realização de grandes procissões, onde os penitentes se flagelavam em público. Cidades inteiras compareciam a essas procissões juntando pessoas sãs com as já contaminadas, era um foco de contaminação.

Atualmente no Brasil há uma pluralidade de cultos religiosos que oferecem serviços de cura, como: os terreiros de Candomblé, as Igrejas Pentecostais, o centro Espírita, a Igreja Católica, a Pajelança Cabocla. Todos esses cultos são conhecidos como Medicina popular e tem como base os rituais de cura, por exemplo: na Igreja Católica o ritual de cura está vinculado a um pedido de fé, uma promessa; na Igreja Pentecostal a cura está vinculada à expulsão pública do mal através de um ritual de luta; para os espíritas a cura se dá através da educação dos espíritos obsessores; no Candomblé a cura se dá através de alianças entre as entidades e os humanos e na Pajelança a cura vincula-se à intervenção do Xamã. Na atualidade, a busca de cura através desses cultos não é privilégio de nenhuma classe social pois, ela permeia todos os extratos da sociedade brasileira (MINAYO, 1994).

Nas artes da Medicina o primeiro mestre que chegou ao Brasil foi o físico João Emeneslau (? -?), mais conhecido como Mestre João, que desembarcou com Pedro Álvares Cabral (1467-1520) em 1500, mas ele não se radicou aqui no Brasil. Os poucos físicos que se radicaram no Brasil eram licenciados pelas universidades européias, onde o ensino dessa ciência

era oral baseado na leitura de textos latinizados dos famosos clássicos gregos da Antigüidade como Hipócrates e Galeno.

Os físicos atendiam os pacientes, medicavam mas não exerciam a cirurgia pois, consideravam a cirurgia indigna. Ela era considerada a parte menos nobre da ciência médica porque tinha caráter sangrento e se destinava, em sua maioria, para amputação de partes do corpo. De modo geral, até o século XVIII, a profissão médica tanto na Europa quanto no Brasil era considerada um ofício que não dava nobreza ao indivíduo. Os membros das famílias nobres jamais se dedicavam à Medicina.

Juntamente com as expedições de 1527 e 1530 chegaram ao Brasil os primeiros cirurgiões-barbeiros que se radicaram aqui. Esses cirurgiões eram em sua maioria cristãos novos que estavam fugindo da Inquisição. Eles eram designados pelos donatários das capitânicas hereditárias, que se constituíram no Brasil no século XVI, como criados ou serviçais. No Brasil, as cirurgias eram exercidas somente por esses cirurgiões considerados indivíduos de baixa condição social que na nova Terra se classificaram em 3 categorias.

Na 1ª categoria encontramos o cirurgião-barbeiro que ocupou a posição de cirurgião até o século XVII quando passou a ser somente barbeiro. Cabia ao cirurgião-barbeiro, além dos atos cirúrgicos comuns da época, sangrar, aplicar ventosas e sanguessugas, extrair dentes, barbear, etc.

A 2ª categoria de cirurgiões surge no Brasil a partir do século XVII e eram denominados cirurgiões-aprovados e estes tinham que se submeter a um exame para a obtenção de uma carta que lhe outorgava o direito de exercer a Medicina onde não houvessem físicos. O ensino da cirurgia era de orientação prática, geralmente um indivíduo analfabeto mas interessado na profissão empregava-se como ajudante de um profissional, era o aprendiz de cirurgião. Este aprendiz alojava-se na casa do mestre e auxiliava-o nas amputações, no cuidado das fraturas, aprendiam a utilizar as sanguessugas, aplicar clisteres, escalda-pés, etc. Após alguns anos

desligava-se do mestre e seguia por conta própria, mas antes ele se submetia a um exame para a obtenção da licença. Muitos não tinham esta licença mas mesmo assim exerciam a profissão. No século XVIII surge a 3ª categoria dos cirurgiões-diplomados que eram formados nas escolas européias, mas estes foram minoria aqui no Brasil (SANTOS FILHO, 1991).

Tanto na Europa quanto no Brasil, as cirurgias eram realizadas em qualquer local: na casa dos doentes, no chão dos campos de batalha, nos hospitais onde não existiam salas adequadas para esse fim e também eram realizadas sem anestesia, ou seja, o doente era amarrado e operado e o cirurgião seguia a sua rotina ouvindo os gritos de dor. O arsenal cirúrgico era bastante reduzido limitando-se a bisturis, tesouras, pinças, serras, agulhas, cautérios e ferros de lancetar. Somente após o século XIX é que a cirurgia, com o advento da anestesia já vista no capítulo anterior, tornou-se um dos mais importantes ramos da Medicina. Antes vista como mutiladora ela passa a ser considerada restauradora da saúde. Os cirurgiões que até então ocupavam lugar secundário na escala social, abaixo dos físicos, passam a ocupar uma posição de destaque, ou seja, com o passar dos anos e com o advento da anestesia vai haver uma inversão de posição que concederá aos cirurgiões uma ascensão profissional que supera a posição do antigo físico pois, ele vai ser considerado como aquele que tem mais saber.

No início da colonização os cirurgiões-barbeiros que se instalaram no Brasil perambulavam pelas regiões povoadas em busca de clientes. Mais tarde, alguns deles conseguiram empregar-se nos hospitais de algumas Irmandades de Misericórdia. Outros profissionais se defenderam assalariando-se, isto é, as Câmaras das vilas e das cidades, por meio da arrecadação de uma taxa, contratavam o físico e o cirurgião-barbeiro que se comprometia a atender os doentes pobres e os presos das cadeias. O contrato que esses profissionais assinavam podia valer pelo prazo de 1 a 10 anos, o ordenado era anual e ficava em torno de 15 a 40 mil réis nos dois primeiros séculos. No século XVIII o salário chegou a ser de 120 mil réis, mas este

ainda era considerado um salário baixo perto do salário de outros funcionários, como por exemplo, os professores primários que recebiam cerca de 150 mil réis. Ainda no século XVIII era comum que os físicos e cirurgiões recebessem várias mercadorias como forma de pagamento pelos seus serviços e por muitas vezes seus esforços em salvar um paciente era coroado com um calote (SANTOS FILHO, 1991).

Os cirurgiões e os poucos físicos que viviam no Brasil, além de tratarem da população eram também obrigados a praticar todo o tipo de perícia médico-legal e também presenciar execuções e verificar a morte dos supliciados. Era tarefa deles acompanhar aplicações de penas corporais na forma de açoitamento e ordenavam a paralisação do castigo em caso de perigo de vida. Eram proibidas as realizações de autópsias e estas só podiam ser efetuadas com a aprovação do Santo Ofício.

Os médicos só eram procurados pelos pacientes em última instância, depois de esgotados todos os recursos caseiros, inclusive depois de serem ouvidos os curadores ou curandeiristas que eram muito comuns na época. Santos Filho (1991) cita que o paciente quando procurava o médico era submetido a um exame que consistia em: uma interrogação sobre o mal que o afligia, a contagem do pulso e a palpação da região doente. Os profissionais receitavam e preparavam os remédios, apesar de serem proibidos de prepará-los. Era comum o médico carregar com ele uma caixa de botica provida das drogas mais usadas. Os médicos também indicavam dietas e regimes de saúde, como por exemplo: fazer exercício físico, não tomar sereno a noite, depois de cear dar mil passos, etc. O receituário era conservado pelos leigos e transmitido de pais para filhos. Talvez venha daí a nossa propensão de conhecer o uso de vários remédios para variadas doenças mais populares. Quando os médicos aviavam uma receita para o boticário eles faziam uso da escrita abreviada que ocasionava muitos enganos, às vezes até irreparáveis. Isso se dava pois, havia rivalidade entre os próprios médicos e, entre estes e os boticários.

Mas até o final do século XVIII os atos referentes à saúde e à fiscalização do exercício da Medicina, da Farmácia e do comércio das drogas eram determinados pelo físico-mor e o cirurgião-mor do Reino que residiam na metrópole. Aqui no Brasil existiam os representantes das autoridades médicas do Reino. Eram esses representantes, que também faziam parte da Câmara, quem concediam as licenças para o exercício profissional de físico e cirurgião-barbeiro. Cabiam aos corregedores, que eram enviados pelo rei, fiscalizar se todos os cirurgiões e físicos tinham licença para atuar no Brasil. Após a Independência do Brasil, em 1822, foi promulgada a lei de municipalização dos serviços de saúde que conferiu as Juntas Municipais os encargos que outrora foram exercidos pelo físico-mor e cirurgião-mor, ou seja, nesta época são abolidos esses cargos. Em 1850 o governo imperial criou a Junta Central de Higiene Pública no Rio de Janeiro que mais tarde se estendeu para outras capitais da província. Essa Junta foi composta por profissionais que eram notórios na época. Ela dirigiu os serviços sanitários, opinou sobre as questões de salubridade, adotou medidas preventivas nas epidemias e proibiu o enterro nas Igrejas, que até então ainda eram tolerados. Em 1881 essa Junta foi substituída pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Pública e em 1886 foi criado um órgão consultivo composto por médicos e professores eminentes, chamado de Conselho Superior de Saúde Pública (HOLLANDA, 1976). Dessa forma, temos que o EP higienista/preventista chega ao Brasil em forma de leis.

Quanto às enfermarias jesuíticas que foram criadas pelos sacerdotes no início da colonização do Brasil, com o crescimento da população já não bastavam para atender a todos e, dessa forma, começaram a ser fundadas gradativamente em cada cidade e em cada vila estabelecimentos denominados Irmandades de Misericórdia. As primeiras Irmandades de Misericórdia ou Casa da Misericórdia ou Santa Casa de Misericórdia, como são conhecidas também, foram fundadas no século XVI, mais ou menos em 1540, as pioneiras foram as de Olinda (PE) e Santos (SP). A princípio a Irmandade construía ou alugava um edifício com muitas

dependências e nelas instalava: as oficinas, os asilos, a enfermaria e a hospedaria. Estes estabelecimentos seguiam os mesmos moldes da assistência hospitalar que existia na Europa, ou seja, a hospitalização tinha somente fins caritativos, servia plenamente para acolher os deserdados da sorte e os doentes. Era hábito comum entre os portugueses e seus descendentes brasileiros doar ou deixar após a morte uma certa soma em dinheiro para as Irmandades de suas cidades.

No fim do século XVI estas casas ficaram conhecidas também como: Santa Casa, Hospital de Caridade e Hospital de Misericórdia. Nesta época em cada capitania havia no mínimo um hospital ou nosocômio. Sua maior clientela era a classe pobre e os negros escravos. Mas os mais abonados não a descartavam e também a utilizavam para tratamentos esporádicos. O índice de mortalidade nesses hospitais era bem elevado devido às condições técnicas precárias e também porque as pessoas só se internavam nos últimos estágios evolutivos das doenças. Os físicos e os cirurgiões trabalhavam nesses hospitais na maior parte das vezes gratuitamente.

No século XVIII surgiram no Brasil os Hospitais Militares destinados às tropas e sustentados pela Fazenda Real. Anteriormente os soldados enfermos e feridos eram internados nas Santas Casas mediante remuneração. Com a instalação dos Hospitais Militares houve uma inversão, ou seja, as Irmandades começam a encaminhar seus doentes para os Hospitais Militares em troca de uma taxa (SANTOS FILHO, 1991).

No final do século XVIII, em 1789, foi estabelecido na Vila de Desterro, hoje Florianópolis, pelo irmão Joaquim Francisco do Livramento, o hospital pela Irmandade que é conhecido presentemente como Hospital de Caridade. Essa Santa Casa em 13 de março de 1818 passou a ser considerada Hospital Militar por ato arbitrário do governo da Ilha. Os doentes que se encontravam internados foram expulsos do hospital e por um ato de caridade foram acolhidos em casas de família. No dia 13 de julho do mesmo ano o hospital retorna às mãos da Irmandade. Em

1854 esse hospital foi completamente reformado pois, encontrava-se em ruínas, após a reforma ele recebeu o título de Hospital Imperial. (IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS, 2004). Foi também a partir do século XIX que começaram a se instalar em Desterro os primeiros médicos. Muitos desses médicos passaram a se dedicar exclusivamente à clínica civil, outros foram contratados para fazer parte do corpo médico do exército. Aos poucos foram surgindo os primeiros consultórios particulares na Ilha (MORAES, 1999).

Os hospitais estabelecidos no Brasil recebiam pacientes atacados por todo tipo de doença, menos a lepra e algumas outras doenças infecciosas como a varíola, para as quais havia os lazaretos e estes se situavam nas cercanias das maiores cidades da época como: Rio de Janeiro, Salvador e Recife. Nesses asilos os doentes recebiam alimentação, assistência médica paliativa e ineficaz e também assistência espiritual. Na maior parte das vezes esses asilos eram mantidos à custa de escolas e legados. Os leprosos e vítimas de outras doenças contagiosas eram sepultados a noite em locais afastados da povoação como forma de prevenção de contágio. Já os não católicos, os negros e os indigentes eram enterrados nos fundos das Santas Casas e os católicos eram enterrados no interior das igrejas e capelas. Somente no século XIX, por carta régia expedida em 1801, as autoridades proibem o sepultamento nas Igrejas, porém o costume encontrava-se tão arraigado na população que esta nem tomou conhecimento. O primeiro cemitério a se estabelecer no país foi o anglicano, no Rio de Janeiro em 1809.

Em Santa Catarina os asilos só se estabeleceram no século XX na Vila de Desterro. Em 1936 começa neste estado o recenseamento geral da população leprosa. Os médicos visitavam todas as cidades localizando os doentes e fichando-os, isso durou até 1939 quando foi concluído o recenseamento geral no estado. Neste recenseamento foram fichados 393 leprosos e estes foram retirados do convívio familiar e levados para a recém inaugurada colônia Santa Tereza (SÃO THIAGO, 1996).

No Brasil, da mesma forma que na Europa, também foi adotado o sistema de quarentena para os tripulantes e passageiros dos navios suspeitos de estarem doentes. Era tarefa do superintendente fiscalizar as embarcações para prevenir as epidemias. Os suspeitos de estarem doentes permaneciam isolados nos lazaretos provisórios situados também nas cercanias dos portos, ou então ficavam isolados a bordo do navio. Geralmente a fiscalização era burlada pois, os navios empregados para o tráfico de negros desembarcavam os escravos em portos destituídos de fiscalização.

No século XVIII havia também, além dos nosocômios, algumas enfermarias instaladas nas cidades somente para atendimento dos presos da cadeia e dos funcionários do governo. Em algumas propriedades rurais os senhores de engenho mantinham enfermarias destinadas aos negros escravos. Na última década deste século foram instaladas nos principais portos do país, como: Rio de Janeiro, Salvador, Recife e São Luiz do Maranhão, enfermarias destinadas ao tratamento de viajantes e tripulantes que chegavam doentes em consequência da lenta travessia do oceano (SANTOS FILHO, 1991).

A partir do século XVIII, com o avanço da Medicina, é que os físicos e cirurgiões começaram a usufruir melhor condição social. Na Europa os profissionais mais renomados recebiam recompensas e honrarias nas diversas cortes. No Brasil aportam diversos profissionais portugueses e mesmo brasileiros, formados nas universidades francesas. Os novos doutores conseguem se impor e com isso os filhos-segundos dos grandes e poderosos clãs agrários buscam a universidade e o curso de Medicina como forma de *status* pois, nesta época os físicos e cirurgiões passaram a ser considerados intelectuais se tornando membros das Academias Científicas que já haviam sido fundadas em 1771 no Rio de Janeiro e na Bahia. Essas Academias eram integradas por médicos, funcionários públicos, militares, magistrados e clérigos e

impulsionaram pesquisas e obras sobre temas gerais nacionais, elas não eram especificamente voltadas para a área médica (SANTOS FILHO, 1991).

A crise do sistema colonial no Brasil se dá paralelamente à ebulição cultural e as grandes transformações políticas em curso na Europa ocidental na passagem do século XVIII para o XIX. Os franceses se encontravam à época do iluminismo, quando o pensamento liberal se rebelou contra as instituições do antigo regime. Os ingleses assistiam a Revolução Industrial transformar as tradicionais estruturas econômicas. A independência dos Estados Unidos, em 1776, vem a se tornar um modelo para as elites das demais colônias do continente. No Brasil os pesados impostos, as restrições ao livre comércio e as proibições às atividades industriais, vão acirrando os conflitos entre as elites locais e o poder metropolitano. Eclodem as primeiras rebeliões claramente emancipatórias: a Inconfidência Mineira (1788/1789) e a Conjuração Baiana ou dos Alfaiates (1798). Alguns médicos participaram dessas rebeliões, como por exemplo: o cirurgião-aprovado Cipriano José Barata de Almeida (1764-1838) (Conjuração Baiana), Domingos Vidal Barbosa (1761-1793) e Salvador Carvalho de Amaral Gurgel (1752-?), ambos pertencentes ao movimento da Inconfidência Mineira (SANTOS FILHO, 1991).

No século XIX a fuga da Família Real para o Brasil, em 1808, caracterizou várias mudanças econômicas e sociais importantes para a população brasileira. Com a chegada da Corte portuguesa foi decretado pelo príncipe regente Dom João (1767-1826), entre outras coisas, a abertura dos portos às nações amigas, a liberação da instalação de indústrias no Brasil e a instalação do Banco do Brasil, além disso, houve a fundação da Biblioteca Real, a instalação da Imprensa Régia e a criação das primeiras escolas de cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, ambas destinadas a sanar a falta de profissionais habilitados que havia no Brasil (CÁCERES, 1993).

A escola instalada na Bahia chamava-se Escola de Cirurgia da Bahia e foi criada através de Carta Régia em 18/02/1808. Já a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro foi criada alguns meses

depois por também decreto real. Esses cursos médicos instalados nas duas principais cidades brasileiras e que funcionavam dentro dos Hospitais Militares, foram inicialmente cursos cirúrgicos que tinham como principal objetivo instruir os cirurgiões sobre: Anatomia, Fisiologia e Medicina prática, eram destinados a formar alunos que se dedicassem à cirurgia militar e náutica.

Devido a pouca experiência dos cirurgiões estabelecidos no Brasil, em 1810, D. João manda que três alunos da escola do Rio de Janeiro fossem para Edimburgo para aperfeiçoamento das práticas cirúrgicas. Um pouco mais tarde, entre 1813 e 1815, essas escolas foram transferidas para as Santas Casas de Misericórdia e transformadas em Academias ampliando o curso médico e passando a ensinar também clínica médica. A maioria dos professores que lecionaram tanto nas Academias quanto nas posteriores Faculdades de Medicina eram homens letrados, alguns possuíam título de nobreza e muitos deles tinham também cargos políticos.

Na Academia da Bahia o ensino era mais deficiente que da Academia do Rio de Janeiro, pois que, esta última situava-se na Corte e tinha mais recursos financeiros. Mas mesmo assim ambas eram precárias por vários motivos, entre eles: a ausência de professores para dar aulas, a falta de alunos e também devido a escassez de instrumentos, móveis, salas, etc. (HOLLANDA, 1976).

Essas Academias, que até então eram de jurisdição do cirurgião-mor do Império, com a Independência do Brasil ganharam, em 1828, autonomia para outorgar as cartas de permissão da prática médica após os cinco anos de curso. Neste mesmo ano foi fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e com ela tem início à implantação da Medicina social no Brasil que passa a se ocupar, gradativamente, do saneamento das cidades e das instituições e entre estas encontramos os hospitais. Em 1832 uma comissão de membros desta Sociedade elaborou uma reforma no ensino médico transformando as Academias médico-cirúrgicas em

Faculdades de Medicina. A atividade médica no Brasil passa a ser reconhecida a partir de 1832. Em 1835 essa Sociedade é transformada em Academia Imperial de Medicina que contribuiu muito para o desenvolvimento dos conhecimentos médicos no Brasil (SANTOS FILHO, 1991).

Junto com as Faculdades de Medicina são criados os cursos de Farmácia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No curso obstétrico as alunas obtinham o título de parteira e a primeira mulher tida como membro titular pela Academia Imperial de Medicina foi Maria Josefina Matilde Durocher (1808-1893) que era natural de Paris e exerceu a profissão no Brasil, tendo se formado em 1834 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ela teve como pacientes a Imperatriz Tereza Cristina (1822-1889) e a Princesa Leopoldina.(1797-1826).

Eram poucos os alunos que eram admitidos tanto nas Academias quanto nas posteriores Faculdades pois, os alunos para serem matriculados precisavam ser maiores de 16 anos e tinham que ter um conhecimento prévio de Filosofia, Aritmética, Geometria e também necessitavam saber uma outra língua que deveria figurar entre a latina, a inglesa ou a francesa e eram poucas as pessoas no Brasil do século XIX que tinham esse tipo de conhecimento. Para obter o título de doutor em Medicina no final do curso, que levava em média 6 anos, o aluno ainda deveria defender em público uma tese impressa às próprias custas. Essas duas faculdades, da Bahia e do Rio de Janeiro, formaram todos os grandes doutores do século XIX como, por exemplo: Francisco de Castro (1857-1901), Miguel Couto (1864-1934) que se transformaram em professores e clínicos renomados.

Muitos médicos que estavam vinculados às Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro marcaram presença na Guerra do Paraguai (1865-1870), como por exemplo: o professor de Fisiologia, coronel e brigadeiro honorário, Francisco Pinheiro Guimarães (1832-1877). Alguns médicos, além de irem para as trincheiras, prestaram seus serviços nos hospitais de sangue que eram hospitais improvisados destinados a tratar dos feridos na guerra. (HOLLANDA, 1976:467).

A Medicina praticada no Brasil esteve, durante todo o século XIX, fortemente vinculada aos princípios e doutrinas da Medicina francesa, segundo Hollanda (1976:467) a Medicina brasileira mostrou-se “casuística, livresca e teórica”. Foi neste século que alguns professores também começaram a publicar alguns livros no Brasil. Inicialmente esses livros eram traduções de livros da Medicina européia e depois, essas publicações foram sendo ampliadas na forma de teses de doutoramento dos médicos que se formavam nas duas faculdades existentes. Foi neste século também que se começa a publicar no Brasil as revistas médicas dando início à publicação, por médicos brasileiros, de ensaios e artigos sobre os mais diversos temas na área, como por exemplo, temas relacionados com: a higiene pública, Medicina nervosa, ciências naturais, eugenia, etc.

Não podemos deixar de mencionar que no século XIX foram sendo implantadas várias outras faculdades no país, como por exemplo: a Faculdade de Direito de São Paulo e do Recife e a Faculdade Politécnica do Rio de Janeiro que datam de 1854. Quanto às universidades, estas só irão ser implantadas no Brasil a partir do século XX.

Entre os feitos na área médica, nos anos de 1832 a 1889, que estão ligados as duas únicas Faculdades de Medicina que existiam no Brasil destacamos, por exemplo: a primeira cirurgia de ligadura da aorta abdominal do país e a terceira operação do gênero no mundo que foi realizada no Rio de Janeiro, em 1842, por Cândido Borges Monteiro (1812-1872).

A anestesia geral com uso do éter chegou ao Brasil em 1847 e foi praticada no Hospital Militar do Rio de Janeiro pelo médico Roberto Jorge Haddock Lobo (1817-1869). O éter foi logo substituído pelo clorofórmio que foi empregado pela primeira vez no Brasil em 1848, pelo prof. Manuel Feliciano Pereira de Carvalho (1806-1867), na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O uso do clorofórmio se generalizou suplantando o éter, até que

novos agentes anestésicos foram descobertos e introduzidos na prática médica (SANTOS FILHO, 1991).

Em 1849 o médico de ascendência inglesa, Otto Edward Henry Wucherer (1820-1873), juntamente com o médico John Ligertwood Patterson (1820-1882), natural da Enívia e José Francisco da Silva Lima (1826-1910), médico português, todos os três estabelecidos em Salvador, identificaram a febre amarela na Bahia. Estes médicos deram início aos estudos das doenças tropicais na Bahia.

Durante o século XIX versaram no Brasil várias doenças como: escorbuto, avitaminoses, tuberculose, etc. Foram muitas as epidemias que dizimaram a população, entre elas podemos citar: a lepra, a sífilis, o tifo, a malária, o cólera e a febre amarela. Sobre esta última em 1877 foi publicado o “Estudo clínico das febres no Rio de Janeiro”, de João Vicente Torres Homem (1837-1887) que era tido como exímio professor de clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. E em 1885, Filogônio Lopes Utinguassu (1854-1898) lançou a tese de que a febre amarela era transmitida por mosquito, mais tarde essa tese foi confirmada por um médico cubano.

Todas as doenças que citamos acima, principalmente as venéreas, incrementaram muito o comércio de drogas apregoadas como infalíveis pelo charlatanismo no Brasil. Mas apesar disso, neste período foi bastante estimulado o uso de plantas medicinais nativas que já eram utilizadas pelos indígenas como a quina, por exemplo, que era empregada em diversas doenças com manifestações febris. Também foram empregados muitos purgativos, diuréticos, sangrias, ventosas, sanguessugas, etc. Todos esses tratamentos estavam presentes na Medicina européia, como vimos na primeira parte deste trabalho.

Foi também no século XIX, a partir de 1879, que o Brasil passou a permitir o acesso das mulheres aos cursos de Medicina, mas apesar das autorizações legais, a tradição cultural e os

preconceitos sociais continuaram a opor-se à presença das mulheres na profissão médica. A partir de 1881 registraram-se algumas matrículas de moças nas duas Faculdades de Medicina existentes no país: a do Rio de Janeiro e a da Bahia. As primeiras mulheres a concluir o curso médico no Brasil foram três gaúchas: Rita Lobato Velho Lopes (1867-1954) que concluiu o curso em 1887 pela Faculdade de Medicina da Bahia, Ermelinda Lopes de Vasconcelos (? -?) que se formou em 1888 e Antonieta Cesar Dias (? -?) que se graduou em 1889, as duas últimas concluíram os cursos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tanto no Brasil quanto na Europa foi de forma preconceituosa que a Medicina, pouco a pouco, deixou de ser privilégio dos homens (SILVA, 1954). Atualmente assistimos a uma ascensão das mulheres em todas as profissões, inclusive na área médica.

Foi também a partir do século XIX que os médicos, já mais prestigiados pela população abastada, se achegaram às mulheres e se tornaram seus grandes aliados. Eram eles que escutavam as confissões das mulheres em relação as suas doenças, dores e intimidades. E foram eles que, estrategicamente, ensinaram as mulheres a utilizar o nervosismo ou o conhecido ataque dos nervos para impor seus interesses. Esses médicos de família, como são conhecidos, transformavam os problemas conjugais em perturbações mentais. Para Freire (1951) os médicos ofereceram as mulheres um meio de desafogar as pressões patriarcais e clericais. Dessa forma, além das mulheres utilizarem o corpo para obter favores e direitos, elas também se utilizavam do sofrimento e das doenças, muitas vezes simuladas com o apoio do médico da família, como estratégia para resistir e se defender do poder do homem e também como forma de esquivar-se às obrigações familiares que eram impostas a elas neste período. Entretanto, os médicos apoiando e medicando as mulheres mantinham uma política de dominação feminina e controle familiar (COSTA, 1999).

Até o século XIX a maioria das cirurgias eram destinadas à amputação de membros. O índice de mortalidade pós-operatório era muito grande devido a infecções, isso só foi controlado com a chegada no Brasil da assepsia, que foi introduzida na Europa em 1867. Nesta mesma ocasião foram construídas nas Santas Casas de Misericórdia e em outros hospitais salas especiais para cirurgias (HOLLANDA, 1976).

No Brasil a assistência hospitalar até o século XIX foi mantida pelas Irmandades de Misericórdia que assistiam o enfermo indigente. Essas Irmandades eram entidades particulares, tinham caráter sócio-religioso, sustentavam-se através de doações dos afortunados e esporadicamente de doações governamentais. Foi com a criação do ensino cirúrgico dentro das Santas Casas que os médicos começaram a promover a organização do espaço hospitalar da mesma forma que houve na Europa, ou seja, os hospitais acabam se tornando um local de formação, aperfeiçoamento científico, onde os médicos acabaram por participar também da gestão administrativa hospitalar exercendo todo o seu saber/poder no interior do hospital. As irmãs de caridade que antes eram os agentes principais dentro dos hospitais passaram a ser elementos de apoio, subordinadas aos médicos, estabelecendo-se relações de saber/poder dentro dos hospitais (PADILHA, 1998).

A partir do século XIX houve também uma divisão na recepção dos doentes nas Santas Casas, ou seja, nas enfermarias passaram a ser atendidos os destituídos de recursos e nos quartos particulares eram atendidos e internados os mais abastados, aqueles que podiam pagar pela assistência. Dessa forma, neste século, os hospitais não eram mais destinados somente aos pobres e eles começaram a se tornar terapêuticos, voltados para a cura. Mas de modo geral a população continuava a ter verdadeiro pavor dos hospitais, por ele ser ainda considerado um morredouro.

Quanto aos leprosos, como vimos anteriormente, continuavam sendo isolados nos lazaretos e os doentes mentais eram levados para o hospício, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Os loucos e alienados que moravam no interior do país eram recolhidos nas cadeias públicas.

No final do século XIX as instituições do período colonial que já haviam entrado em crise vão construindo, gradativamente, um processo de transição para uma nova ordem burguesa marcada pela Proclamação da República e pela Abolição da Escravatura. Nesta época houve várias mudanças políticas e sociais no Brasil que atingiram, inclusive, o âmbito da saúde e da Medicina em particular, ou seja, há uma penetração maior da Medicina na sociedade e esta vai se transformando em apoio científico ao exercício do poder do Estado (MACHADO, 1978). Foi neste período que houve a predominância no Brasil do EP higienista/preventista.

Dentre as mudanças políticas e sociais que vigoraram nesta época podemos destacar, no âmbito social, o processo de urbanização crescente que se configurava com a massiva imigração para a substituição da força de trabalho escravo, tanto para a agricultura quanto para a nascente industrialização no país, onde houve necessidade de organizar e sanear principalmente os espaços urbanos. O papel do médico passou a ser redefinido em função deste novo contexto social. O discurso médico passou a propor: o controle da periculosidade sanitária das cidades, saneamento dos espaços públicos e ordenação da vida familiar (COSTA, 1999). Além disso, com o crescimento desordenado das cidades aumentaram o índice de todo o tipo de criminalidade, devido a isso foi surgindo também um outro papel social destinado aos médicos brasileiros que se refere ao perito em Medicina legal. Esse profissional tinha o criminoso como paciente e inicialmente suas degenerações e taras é que eram estudadas. Um pouco mais tarde esses profissionais se aprofundaram em temas que se referiam ao estudo dos vínculos entre as doenças e as “raças”. Depois se aprofundaram no tema das diferenças entre as “raças”, e por fim, o tema

predominante foi o da condenação da mestiçagem no Brasil que foi vista como fator de degeneração da “raça brasileira”. Dessa forma, a figura do médico era introjetada não somente para a cura do indivíduo, mas também para a cura da nação (SCHWARCZ, 1993).

As duas principais instituições que continuavam a formar a elite de cientistas e intelectuais na área médica eram as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Enquanto que a primeira foi se especializando em saúde pública e higiene combatendo as doenças, os maus hábitos da população e as epidemias, com a vacinação obrigatória, tendo como marco o trabalho realizado por Oswaldo Cruz (1872-1917) que cria a figura autoritária e intervencionista dos profissionais de saúde, que apontaremos um pouco mais adiante. A Faculdade da Bahia acabou se especializando em perícia médico-legal e na pesquisa antropológica das relações raciais, tendo como marco as obras do médico Nina Rodrigues (1862-1906). Ambas tinham como objetivo constituir uma sociedade higiênica e civilizada (HERSCHMANN & PEREIRA, 1994). Percebemos que o EP higienista/ preventista que se organizou no Brasil neste período tem também como uma de suas metas a higienização da sociedade brasileira em relação as etnias que aqui existiam.

Já no âmbito político destacamos o surgimento gradativo no Brasil de um conjunto de valores e modelos que as elites dirigentes desejavam incorporar como referência para a sociedade brasileira. Esses novos valores eram inspirados no modelo europeu e foram ganhando forma através de reformas sanitárias, pedagógicas e arquitetônicas. Ou seja, através de estratégias pedagógicas os médicos, engenheiros e educadores aliados ao Estado modernizador autoritário, procuraram mudar as condutas herdadas do Império implantando um novo ethos, o ethos capitalista. Conforme Herschmann & Pereira (1994:48) um dos objetivos da Medicina, nesta época, era conseguir que homens e mulheres desempenhassem seus papéis tanto “como produtores quanto reprodutores e guardiães de proles sãs e de uma raça sadia e pura”. Essa

normatização não se referia somente à família, mas também a um disciplinamento da sociedade. É dessa forma, que os médicos se tornam um dos agentes para controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos e inofensivos iniciando-se aqui a chamada medicalização da sociedade brasileira.

Logo após a Proclamação da República, em 1889, foi criado em São Paulo o Laboratório Bacteriológico que, de 1893 a 1908, é dirigido pelo médico Adolfo Lutz (1855-1940), iniciador da Medicina investigativa no Brasil. Em 1940 esse laboratório passou a se chamar Instituto Adolfo Lutz. Em 1899 foi criado o Instituto Seruntherapêutico para produzir soros e vacinas e em 1901, sob a direção de Vital Brasil (1865-1950), tornou-se instituição oficial com o nome de Instituto Butantã.

Em 1900 foi fundado, no Rio de Janeiro, o Instituto Soroterápico Federal com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste, a varíola e outras doenças que ainda devastavam a população brasileira. Em 1902, sob a direção do médico Oswaldo Cruz, o Instituto passou a se dedicar também à pesquisa e à Medicina experimental. Em 1908 em consequência do êxito alcançado pelo sanitarista, no que diz respeito à vacinação da população mesmo enfrentando séria oposição e um levante popular conhecido como a Revolta da Vacina (1904), esse Instituto foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz, que promoveu um levantamento pioneiro sobre as condições de vida das populações do interior, que resultou em debates acirrados e na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Após a Revolução de 30, o Instituto foi transferido para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública, onde começou a sofrer interferências políticas externas. Na década de 70, em plena ditadura militar, dez dos mais renomados cientistas da instituição tiveram seus direitos políticos cassados e foram aposentados. Nesse mesmo ano é instituída a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que acabou congregando várias outras instituições. Em 1985 os cientistas que haviam sido cassados são reintegrados

novamente a Fiocruz. Hoje essa fundação é considerada a maior instituição de pesquisa científica da América Latina. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004).

O século XX no Brasil, assim como na Europa, foi o século dos grandes feitos na área da Medicina. Logo no início deste século, em 1908, Manuel Augusto Pirajá da Silva (1873-1961) provou a existência do *Shistosoma mansoni*, causador da esquistossomose, descoberto por Louis Westenra Sambon (? -?) em 1907 sem provas conclusivas. Também neste mesmo ano Adolfo Lutz identificou a blastomicose sul-americana. Em 1909 Carlos Chagas (1878-1934) descobriu que uma doença comum nos meios rurais é causada por um micróbio que ele chamou de *Trypanosoma cruzi*, a doença ficou conhecida como mal de Chagas. É em 1916 que Henrique da Rocha Lima (1879-1956) descobriu o *Rickettsia prowazeki*, um organismo que provoca o tifo exantemático¹¹. Em 1917 é publicada a Farmacopéia Paulista, a primeira do país. Em 1918 a epidemia de gripe espanhola assolou o Brasil e em quatro dias morreram 8 mil pessoas só em São Paulo.

No Brasil, em 1921, o Estado expande o atendimento médico através do complexo pronto-socorro/dispensário que era integrado ao sistema filantrópico liberal. Com isso o Estado estabelecia a urgência como prioridade da assistência médica municipal ficando a higiene como atribuição federal. A organização dos serviços de saúde nesta época comportava 3 níveis de atendimento: as Casas de Saúde destinadas aos mais abastados, os serviços de urgência gratuitos para os indigentes e o atendimento geral para os funcionários do Estado (PEREIRA NETO, 1995).

Em Santa Catarina, no ano de 1926, o então Hospital Imperial de Caridade aumentou o seu número de leitos e a Irmandade que ainda continuava a comandá-lo adquiriu melhores equipamentos, inclusive neste ano são inauguradas algumas salas para a realização de pequenas

¹¹ Tifo exantemático é uma espécie de febre tifóide que provoca erupção cutânea.

cirurgias, tendo já alguns médicos prestando serviços na área assistencial. A Irmandade, com o aumento do número de leitos no hospital, foi obrigada a contratar as irmãs da Divina Providência para prestarem assistência de enfermagem. O hospital contava também com a ajuda de alguns ex-doentes que não tendo para onde ir ficavam dando a sua colaboração no hospital. A assistência neste hospital se mantinha gratuita. Eram poucos os doentes que se internavam em quartos particulares. Em 1949 houve um progressivo aumento da área física do Hospital, buscando aumentar o atendimento de pediatria e adulto, tanto na parte ambulatorial como nas internações (IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS, 2004).

Na sociedade catarinense, nas primeiras décadas do século XX, os médicos continuavam a ser autônomos e liberais pois, não se concebiam ainda empregos para médicos, estes sobreviviam através de consultas remuneradas nos consultórios e nas visitas residenciais. Mas estes mesmos médicos prestavam também assistência gratuita aos hospitais filantrópicos. Em 1937 foi criada a Sociedade Catarinense de Medicina onde os médicos se reuniam para discutir alguns temas de cunho científico relacionados a casos clínicos e sobre os serviços hospitalares. Nesta época muitos médicos passaram a freqüentar congressos tanto dentro do Brasil quanto no estrangeiro e muitos começaram a fazer cursos de atualização científica (SÃO THIAGO, 1996).

No Brasil os médicos foram os primeiros profissionais liberais a se organizarem em sindicato, isso se deu em 1927 no Rio de Janeiro. Nesta época o objetivo principal desta associação era de combater os charlatães do ofício. Somente a partir de 1950 é que os sindicatos começaram a se preocupar mais com os problemas econômicos da categoria profissional. Com o golpe militar de 64 os sindicatos médicos sofreram intervenção e eles só vão se reorganizar novamente a partir da década de 70 quando se iniciaram diversas manifestações operárias contra a ditadura. A mobilização da categoria médica principiou pelos residentes até que em 1981 acontece a primeira greve nacional da categoria. As greves na área da saúde, em geral, sofrem

severas críticas por parte da população, da mídia e dos próprios médicos. Os médicos grevistas ficaram conhecidos ao longo das últimas décadas como a “máfia de branco”. Apesar das críticas desfavoráveis, as greves continuam até hoje a ser um instrumento de luta por melhores salários, por melhoria na formação profissional e também mais recentemente assistimos uma paralisação da categoria para pressionar as empresas de prestação de serviço na melhoria da remuneração dos convênios (MACHADO, 1997).

Seguindo com nosso trabalho, foi na década de 30 durante a Era Vargas (1930-1945) que houve à expansão dos serviços de saúde no Brasil, onde foram criados vários hospitais e centros médicos. É nesta época que foram estabelecidos pelo governo federal os Ministérios da Educação e Saúde e do Trabalho, Indústria e Comércio. A partir da década de 30 a prática da Medicina liberal passa a conviver com as ofertas de serviços médicos proporcionadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões vinculados à Previdência Social, que se mostrou como uma conquista de direitos sociais pelos assalariados das indústrias. Inicialmente estas inovações na assistência médica do Brasil não abrangiam a totalidade da população, em virtude de só atenderem aos respectivos afiliados de certas categorias e seus dependentes. Para Donnangelo (1975) a criação da Previdência Social está relacionada à necessidade de preservação da força de trabalho que estão associadas à produtividade do trabalhador e a formação do capital, mediada pelo Estado. Posteriormente à criação da Previdência Social, foram sendo criados vários institutos como tentativa de se dividir o pesado encargo do Estado com a saúde, até que em 1988 o governo federal lança o Sistema Único de Saúde (SUS) dando início a uma nova etapa da saúde no Brasil.

O SUS foi criado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e sua finalidade já na sua concepção era de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas quaisquer tipos

de cobranças de dinheiro. Este órgão é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Através do SUS todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas a ele, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa. Desde sua criação pela Constituinte de 1988 o SUS tem como princípios: a descentralização que nada mais é que uma municipalização gradual do aparelho de saúde pública; a universalidade que garante a todos os cidadãos o direito ao atendimento, sem discriminação; a integralidade que garante a todos os cidadãos ações combinadas e voltadas para a prevenção e cura não só de doenças mas também na diminuição de riscos e recuperação de danos; e finalmente a equidade que garante a todos e quaisquer cidadãos o direito à atendimento conforme as suas necessidades. Do SUS fazem parte também 3 princípios administrativos: o de regionalização e hierarquização que permitem um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma certa área favorecendo: a vigilância sanitária, epidemiológica, etc e a resolutividade, que vai exigir capacidade de enfrentamento dos problemas sejam eles individuais ou coletivos até o nível da complexidade do serviço.

Dando prosseguimento ao nosso trabalho, na década de 40, em 1945, foi criado no Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) pelo decreto-lei 7955 e em 1957 começaram a ser criadas estruturas para os Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

Foi também na década de 40 que começou a ser introduzido no Brasil o EP psicossomático. A difusão deste EP no país ocorre, primeiramente, a partir dos trabalhos de médicos psicanalistas em hospitais de ensino, especialmente: no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Recife. A Medicina psicossomática se configurou inicialmente como uma tentativa de

compreender, através de grupos terapêuticos, o comportamento sintomático de alguns casos de retocolite ulcerativa. Na década de 60 o médico e também psicanalista Danilo Perestrello, que era um dos divulgadores do EP psicossomático no Brasil, trouxe de Londres para fazer parte da I Reunião Nacional de Medicina Psicossomática o médico psicanalista Michel Balint (1896-1970), que era o então presidente da Sociedade Internacional de Psicossomática. Daí em diante a Medicina Psicossomática passou a fazer parte do meio médico, mas foi muito lentamente implantada como uma disciplina nos currículos das escolas de Medicina sob a denominação de psicologia médica (MELLO FILHO, 1992).

Da década de 60 em diante o EP psicossomático, que procurava enxergar o indivíduo na sua totalidade, passou a coexistir no Brasil com o EP organicista/biologicista que fragmentava o indivíduo. Este último, nesta época, se fortaleceu muito em consequência da introdução nos currículos das escolas médicas brasileiras do relatório Flexner. Com esse relatório ficou quase que excluída a causalidade social das doenças e até hoje muitas escolas médicas brasileiras têm a sua graduação baseada neste relatório. Não podemos deixar de mencionar também que na década de 60 já se encontrava instaurada no Brasil a ditadura militar que favorecia os interesses da indústria farmacêutica internacional e também os interesses do complexo médico-industrial (GROSSEMAN e PATRÍCIO, 2004)

Mas até mais ou menos a década de 70 a maior parte dos médicos trabalhavam como profissionais liberais atendendo consultas particulares, ou então, como assalariados/conveniados credenciados pelo governo. Com as sucessivas crises econômicas e o desinteresse governamental com a saúde pública começou a surgir no Brasil a Medicina de grupo com o aval do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Inicialmente esses grupos eram contratados para dar assistência médica aos empregados da indústria e do comércio, com isso milhares de médicos passaram a ser assalariados destes grupos. Já na década de 80 este novo segmento empresarial da

saúde, que contava também com as cooperativas de saúde, montaram uma grande rede de serviços e se colocaram a disposição da classe média brasileira que se encontrava desassistida pelo poder público. Nesta época os médicos deixam de ser assalariados para serem credenciados das empresas de saúde. Mais tarde esse credenciamento também se incorporou aos serviços hospitalares, laboratoriais e de clínicas especializadas (SÃO THIAGO, 1998).

Em 1975 foi instituído, no governo Geisel através da lei 6229, o Sistema Nacional de Saúde e com ele surgiu a definição e a classificação dos hospitais, ou seja, os hospitais que anteriormente eram vistos como estabelecimentos de caridade destinados a acolher os doentes pobres, indigentes e inválidos se transformaram numa instituição capaz de proporcionar outros serviços como a assistência curativa ou terapêutica. Com a adoção da lei acima citada o hospital passou a ser definido como sendo uma instituição integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população: assistência médica integral, curativa e preventiva sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive, o domiciliar; constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes; cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. Segundo dados do CREMESC (2004) os hospitais foram classificados pelo Decreto Federal nº 76.973/75 como:

- hospital de pequeno porte, com capacidade para 50 leitos.
- médio porte, com capacidade para 51 a 150 leitos.
- grande porte, com capacidade de 151 a 500 leitos. Acima de 500 leitos, considera-se hospital de capacidade extra.
- hospital beneficente, aquele que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes, cujos atos de constituição especifiquem sua

clientela, que não remunere os membros de sua diretoria, que aplique integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais e cujos bens, no caso de sua extinção, revertam em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou ao poder público.

- hospital de corpo clínico aberto, mesmo tendo corpo clínico estruturado permite a qualquer profissional habilitado da comunidade internar e tratar seus pacientes.
- hospital de corpo clínico fechado, onde não é permitido, em rotina, atividades de outros profissionais que não os integrantes do próprio corpo clínico.
- hospital de corpo clínico misto, mesmo tendo corpo clínico fechado faz concessão por cortesia a outros profissionais para internar e assistir a seus pacientes.
- hospital dia, modalidade de atendimento em hospital na qual o paciente utiliza, com regularidade, os serviços da instituição na maior parte do dia para fins de tratamento e/ou reabilitação.
- hospital filantrópico, integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha a prestação de trabalhos gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção.
- hospital geral, destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Podendo ter sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino).

- hospital particular ou privado, integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado não instituída pelo poder público.
- hospital público estatal ou para-estatal, integra o patrimônio da união, estados, distrito federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).
- hospital regional, presta assistência sanitária à população de uma determinada área geográfica.
- hospital secundário ou especializado, destinado a prestar assistência a clientes nas especialidades médicas básicas.
- hospital terciário, hospital especializado ou com especialidades destinado a prestar assistência a clientes em outras especialidades médicas além das básicas.

No Brasil as décadas de 60, 70 e 80 também ficaram marcadas pelo avanço nas cirurgias, pelos implantes e transplantes de órgãos; alguns médicos brasileiros obtiveram destaque internacional como, por exemplo: o dr. Euryclides de Jesus Zerbini (1912-1993), dr. Adib Jatene e vários outros. A prática cirúrgica que antes era individual deu lugar às equipes de profissionais com alto grau de especialização.

Na década de 90, surgem novas técnicas e tecnologias na área da Medicina, que vimos no capítulo anterior. Essas técnicas despontam com a colaboração de pesquisadores de outras áreas muito importantes para a Medicina como: a Bioengenharia, a Genética, etc.

Retomando um pouco sobre a Medicina do século XIX podemos dizer que ela ficou marcada pela crescente complexidade de saberes e técnicas médicas e das novas exigências sociais vistas dentro do novo modo de produção capitalista. Mas foi no século XX, com os inumeráveis avanços da Medicina, que foi imposto aos médicos manterem-se sempre atualizados o que contribuiu para o fortalecimento da especialização e o surgimento de novas especialidades

médicas. O papel do médico mudou, ou seja, de profissional liberal passou, na maior parte das vezes, a ser assalariado. O hospital que era mantenedor da ordem social, usado para segregar pobres e indigentes até o século XVIII, passou a ser o ambiente preferido para o ensino médico e para a assistência de vários pacientes. Os laboratórios farmacêuticos transformaram-se em poderosas corporações transnacionais e a tecnologia passou a ser um suporte indispensável em qualquer diagnóstico, e mais recentemente, juntamente com o acúmulo de informações que cresce vertiginosamente surgem os planos e seguros de saúde que acabam por intermediar as relações entre médicos e pacientes.

A fragmentação dos saberes, que foi originada da complexidade da ciência médica, impôs ao médico uma divisão social do trabalho na forma de especialização médica em detrimento de uma visão unitária do organismo. Explicando melhor podemos dizer que com a fragmentação da Medicina em especialidades, por um lado, houve uma melhor compreensão e entendimento das doenças mas, por outro lado, houve um prejuízo muito grande para o doente, pois este, passou a ser analisado de maneira fragmentada e não como um ser global. Díaz-Jouanen (1990) classifica as especialidades médicas em 3 grandes grupos sociológicos, que são: as cognitivas que se referem à clínica médica, pediatria, etc. As técnicas ou habilidades que são as especialidades cirúrgicas; e as intermediárias que são: a cardiologia, gastroenterologia, etc. Para este autor as especialidades cognitivas estabelecem um contato pessoal maior entre o médico e o paciente. Nas especialidades técnicas há pouco contato pois, o que predomina é o diagnóstico realizado através da tecnologia. Machado (1997) acrescenta a essa classificação um quarto grupo que seriam as especialidades tecnológicas e/ou burocráticas e estas lidam mais com relações coletivas do que individuais, nesta modalidade se enquadram: os sanitaristas, epidemiologistas, administradores hospitalares, etc. Neste trabalho de pesquisa estaremos contemplando médicos especialistas em Medicina interna que se enquadram nas especialidades cognitivas.

Quanto as especialidades médicas o CFM (maio de 2004), através da resolução 1666/2003 estabelece 52 como sendo reconhecidas no Brasil, são elas: Acupuntura, Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva e Social, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Otopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Reumatologia, Urologia.

Podemos dizer que cada uma dessas especialidades se constituem em Estilos de Pensamento diferentes que são formados por diferentes Coletivos de Pensamento pois, abordam problemas específicos, tem uma linguagem específica, reúnem-se em sociedades e tem também uma visão particularizada em relação aos seus objetos (CUTOLO, 2001). Mas essas especialidades não se mostram estáticas, pelo contrário, elas interagem entre si e se influenciam. Isso colabora para que o conhecimento na área médica esteja sempre em constante transformação pois, é essa conjugação dos múltiplos saberes que nos introduz num espiral sem fim (MORIN, 2000).

Mas, além destas especialidades médicas reconhecidas pelo CFM existem aquelas que não são reconhecidas. Estamos falando das terapias alternativas que são práticas proibidas pelo CFM, entre as mais conhecidas terapias encontramos: apiterapia, aromaterapia, cristais, cromoterapia,

dietoterapia, etc. É impossível mencionarmos todas pois, calcula-se que exista hoje em todo o mundo mais de 800 modalidades dessas terapias. A explosão deste tipo de Medicina se deve, por um lado ao ceticismo dos pacientes em relação à Medicina convencional, e por outro lado, se deve também a dificuldade da população em receber tratamento rápido e eficiente através das instituições como o SUS, por exemplo. Embora saibamos que o brasileiro costuma fazer uso de vários tipos de tratamento ao mesmo tempo, ou seja, o indivíduo vai ao médico, ao centro espírita, utiliza cristais e ainda procura pela benzedeira.

Antes de iniciarmos o próximo capítulo que nos introduzirá no HU como campo de pesquisa, gostaríamos de apresentar alguns dados interessantes sobre o aumento das faculdades de Medicina no Brasil e no estado de Santa Catarina; o crescimento da profissão médica no Brasil e em Santa Catarina e por fim, alguns dados sobre as instituições hospitalares brasileiras e as catarinenses.

3.1 As faculdades de Medicina no Brasil e no estado de Santa Catarina

No Brasil, segundo Machado (1997), o número das Faculdades de Medicina cresceu muito, ou seja, no período de 1808 a 1929, se contabilizavam num total de 10 escolas médicas. Além daquelas vistas neste trabalho foram fundadas neste período: a Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, do Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e mais duas faculdades no Rio de Janeiro. Nesta época o total de médicos formados nestas escolas foi de 58.609. Paralelamente a essas novas Faculdades de Medicina se estabeleceu no Brasil, em 1920, a primeira Universidade, a Universidade do Rio de Janeiro.

No período de 1930 a 1949 foram criadas mais 3 escolas médicas em: São Paulo, Rio de Janeiro e no Ceará. Neste período, em 1931, com a reforma educacional do primeiro ministro da

educação, Francisco Campos (1891-1967), foi adotado o regime universitário no país, a então Universidade do Rio de Janeiro se transformou na Universidade do Brasil incorporando as já existentes escolas de Farmácia, Odontologia, Química, Música e Belas Artes e em 1934 foi fundada a Universidade de São Paulo.

No período de 1950 a 1959 são criadas mais 14 escolas médicas. Mas a explosão dessas escolas no Brasil se deu no período de 1960 a 1969, nesta época são fundadas 36 escolas muitas das quais se vinculam as já estabelecidas universidades federais como é o caso da Faculdade de Medicina de Santa Catarina que foi criada em 1959 e a partir de 1960 foi incorporada pela nascente Universidade Federal de Santa Catarina. Ainda temos no período de 1970 a 1997 a fundação de mais 18 escolas médicas, contabilizando até 1997 um total de 81 escolas médicas no Brasil (MACHADO, 1997).

Atualmente, segundo o CFM (julho de 2004), existem no Brasil 100 escolas médicas: 46 escolas médicas particulares, 35 federais, 15 estaduais e 4 municipais. Em Santa Catarina constatamos a presença de 6 escolas médicas, são elas: Universidade Federal de Santa Catarina (federal); Universidade do Extremo Sul Catarinense, Universidade do Sul de Santa Catarina e Universidade Regional de Blumenau (municipais); Universidade da Região de Joinville, Universidade do Vale do Itajaí ambas privadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2004).

Cada uma dessas escolas desempenham um papel importante na introdução dos alunos a um Estilo de Pensamento pois, os alunos na fase de formação apreendem um certo EP ou até mesmo vários EPs que são transmitidos através dos currículos formais e também dos currículos ocultos. Os currículos ocultos se referem a transmissão de normas, valores e crenças que encontram-se estruturadas na escola. Portanto essa transmissão de currículo não é neutra e age através de coerção. Além disso, a escola exerce forte influencia na opção do aluno pela

residência média e conseqüentemente influencia na escolha da especialidade médica (CUTOLO, 2001). Dessa forma, entendemos que EPs e *habitus* trilham sob o mesmo caminho, ou seja, podemos considerar que os EPs influenciam o *habitus* de um certo grupo social, juntos exercem uma coerção inconsciente e muitas vezes dissimulada sob o indivíduo, mas isso não quer dizer que o indivíduo não possa vir a desatar as amarras e mudar o seu modo de pensar e de agir.

3.2 O crescimento de profissionais médicos no Brasil e no estado de Santa Catarina nas últimas décadas

A quantidade de médicos no Brasil praticamente triplicou em 20 anos, ou seja, em 1973, segundo Rodrigues (1979), havia no Brasil um total de 65.721 médicos. Já na década de 90, mais precisamente entre 94 e 96, através de um levantamento realizado pelo CFM em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz para avaliação da situação dos médicos no Brasil, foi constatado que existiam no Brasil 183.052 médicos em todo o território nacional, destes 123.153 (67%) homens e 59.899 (33%) mulheres (MACHADO, 1997). Passada uma década, ou seja, em 2005, segundo o CFM (março de 2005), encontramos no Brasil 297.228 médicos ativos no país, dentre estes, 187.094 (63%) são homens e 109.525 (37%) são mulheres. A quantidade de médicos em 10 anos aumentou em 114.176 profissionais (62%). A porcentagem de mulheres, em relação à pesquisa anterior de 1996, aumentou em 4%. No Brasil, contando que a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) é de 183.239.673, temos em média, 1 médico para cada 616 habitantes. Tanto a OMS quanto a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não estabelecem e também não recomendam taxas ideais de número de leitos por habitante ou até mesmo o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Essas Organizações acreditam que o número de médicos ou de leitos por habitante dependem de variados fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e

epidemiológicos que diferem de região para região, de país para país, tornando impossível e pouco válido, o estabelecimento de uma taxa ideal a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta (OPAS, 2003).

Em Santa Catarina, segundo Rodrigues (1979), em 1973 o total de médicos era de 1.053. No levantamento realizado na década de 90, esse total passa a ser de 4.484 médicos, destes 3.465 (77%) homens e 1.019 (23%) mulheres (MACHADO, 1997). Atualmente há em Santa Catarina, segundo o CFM (março de 2005), um total de 8.429 médicos ativos: 6.049 (72%) homens e 2.376 (28%) mulheres. Levando-se em conta, segundo censo do ano 2000 do IBGE (2005), que temos um total de 5.333.284 habitantes no estado de Santa Catarina (4.197.287 hab/área urbana e 1.135.997 hab/área rural), obteremos em média 1 médico para cada 633 habitantes.

3.3 Alguns dados sobre as instituições hospitalares no Brasil e no estado de Santa Catarina

Atualmente, o mercado de trabalho médico é estruturado dentro das redes públicas, das redes privadas e nos consultórios particulares. Mas o maior empregador de trabalho médico são os hospitais tanto públicos como privados. O Brasil tinha até 1974 um total de 4.741 estabelecimentos hospitalares que se distribuíam em 800 (17%) hospitais oficiais e 3.941 (83%) particulares (RODRIGUES, 1979). Em 2003, segundo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2004), encontramos no Brasil um total de 6.433 hospitais conveniados com o SUS e 163 não conveniados. Entre os conveniados temos 4015 (62%) hospitais privados e filantrópicos e 2418 (38%) hospitais públicos distribuídos da seguinte forma:

Hospitais conveniados com o SUS no Brasil

2275 hospitais privados lucrativos
1740 hospitais privados filantrópicos
1592 hospitais públicos municipais
618 hospitais públicos estaduais
154 hospitais universitários
54 hospitais públicos federais

Em Santa Catarina o número total de estabelecimentos hospitalares até o ano de 1974 era de 198, desses, 26 (13%) eram oficiais e 172 (87%) particulares. No ano de 2003 esse número passa a ser um total de 213 hospitais todos conveniados com o SUS, dentre esses, temos 170 (80%) privados e filantrópicos e 43 (20%) públicos, a classificação é a seguinte:

Hospitais conveniados com o SUS em SC

88 hospitais filantrópicos
48 hospitais privados sem fins lucrativos
30 hospitais privados com fins lucrativos
28 hospitais públicos municipais
14 hospitais públicos estaduais
4 hospitais privados optante simples
1 hospital público federal

Florianópolis, capital do estado, é o município onde se encontra o maior número de hospitais, ou seja, um total de 8. Dentre esses consta o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, que será o tema da próxima parte deste trabalho

Capítulo 4 - O Hospital Universitário de Santa Catarina e seus especialistas em clínica médica

O HU é o tipo do hospital em que os médicos precisam atender os doentes indiscriminadamente, assisti-los e tratá-los com absoluta liberdade de ação e fazer do médico um motivo de ensino e educação.

Polydoro Ernani de São Thiago (1983:61)

O projeto de uma universidade na Ilha de Santa Catarina, segundo Silva (2000), já estava sendo gestado desde 1942. A história da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como instituição de ensino superior culminou somente com a lei nº 3849 de 18 de dezembro de 1960. Mas antes disso já haviam sido fundadas em Santa Catarina: a Faculdade de Direito, em 1930; a Faculdade de Filosofia e Letras em 1952; e também a Faculdade de Medicina de Santa Catarina em 1956.

O intento de fundar uma escola de Medicina em Santa Catarina começou a ser pensado em 1951 entre os integrantes da então Sociedade Catarinense de Medicina. A fundação da Faculdade de Medicina só se concretizou em 1956, sendo que, sua inauguração só se deu em 1960. A sede da faculdade se estabeleceu na Rua dr. Ferreira Lima, 26. Conforme São Thiago (1996) o número de médicos residentes em Florianópolis, capital de Santa Catarina, nesta época era de mais ou menos 60 e não foram todos que se harmonizaram com a idéia da fundação de uma faculdade. Mesmo assim, o primeiro vestibular em 1960 abriu 28 vagas para o curso de Medicina. Com o passar dos anos e com a política expansionista de vagas na Universidade esse número de vagas e de matrículas foi sendo suplantado ano após ano.

Com a criação da UFSC, no final do ano de 1960, as três faculdades que já estavam estabelecidas em Florianópolis foram federalizadas e transformaram-se em instituições federais de ensino superior. Em setembro de 1961 foram empossados os primeiros professores catedráticos e em outubro foi empossado o primeiro reitor, o prof. João David Ferreira Lima.

Da década de 60 até a década de 80, ou seja, antes da construção do Hospital das Clínicas ou Universitário, o ensino prático da Faculdade de Medicina foi ministrado em três hospitais: no Hospital Infantil Edith Gama Ramos¹² eram desenvolvidas as atividades concernentes à pediatria; na Maternidade Carmela Dutra, as atividades em ginecologia e obstetrícia; e no Hospital de Caridade eram ministrados os ensinamentos práticos em clínica médica e clínica cirúrgica (CUTOLO, 2001). Neste trabalho detalharemos o Hospital de Caridade por ele estar mais próximo do nosso objeto de estudo que se constitui dos médicos especializados em clínica médica.

Nas dependências do Hospital de Caridade as aulas eram ministradas nas duas enfermarias gerais para indigentes. Nessas enfermarias os pacientes eram praticamente amontoados num ambiente um tanto confuso onde se misturavam: médicos; estudantes; irmãs de caridade; ex-doentes que ajudavam no serviço hospitalar; as visitas e parentes dos doentes. Esse espaço hospitalar servia também para ponto de reunião para rezas e pagamento de promessas. Diante disso em 1962, através de um convênio firmado entre a Universidade e o Hospital de Caridade, foi dado início a reformas no Hospital para que este fosse adaptado às condições de ensino médico e de enfermagem.

Nessa primeira reforma o antigo pavilhão do Hospital que recebia tuberculosos se transformou em unidades ambulatoriais com consultórios médicos, postos de enfermagem e salas para curativos. Nas enfermarias cada um dos leitos foi cercado de uma cortina de pano para que houvesse um pouco mais de privacidade tanto para os doentes, como para os médicos que iam assisti-los. O ensino das clínicas passou a ser ministrado no anfiteatro. Essa foi apenas uma das reformas pelas quais o Hospital de Caridade passou enquanto serviu de espaço para o ensino médico e todas elas foram custeadas pela UFSC. Dessa forma, esse Hospital foi sendo

¹² Este hospital hoje encontra-se extinto, mas funcionava anexo à Maternidade Carmela Dutra.

ampliado e modernizado em prol do ensino da clínica médica e também da clínica cirúrgica em Santa Catarina (SÃO THIAGO, 1996).

Mas a idéia de ter um Hospital Universitário em Santa Catarina começou a ser cogitada já em 1963. Nesta época ele estava sendo projetado para ser um hospital do tipo regional com duas atividades básicas: didática e assistencial (SÃO THIAGO, 1983).

O HU começou a ser construído em 1968, porém, em 1969 suas obras foram paralisadas por problemas políticos e econômicos. Nesta época a sociedade brasileira estava passando por um severo golpe militar que acabou trazendo conseqüências para as universidades pois, os estudantes universitários, em sua maioria, não se conformavam com a imposição da ditadura. Em 1973 para que houvesse o prosseguimento das obras foi necessário que os universitários, com o apoio da sociedade, saíssem pelas ruas do centro de Florianópolis em passeata dando início a uma campanha em prol da conclusão do HU. Paralelamente a essa campanha dos estudantes foi instituída pela reitoria uma Comissão de Estudos para o Hospital das Clínicas, cujo presidente era o prof. Polydoro Ernani de São Thiago. Apesar de toda movimentação: dos estudantes, da sociedade e também da Comissão, foi só em 1975 que foram reiniciadas as obras para a construção do HU (SILVA, 2000).

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) foi inaugurado oficialmente em 2 de maio de 1980 e logo após foram ativadas as enfermarias de clínica médica masculina com 32 leitos, a feminina com 24 leitos e a pediatria com 44 leitos. Foram ativadas também a unidade ambulatorial, unidade radiológica, odontológica, sanitária e hemoterápica e mais o laboratório de patologia clínica e a farmácia. Desde a sua inauguração foi sendo transferido, gradativamente, todo o ensino médico que era ministrado nos três hospitais já citados.

Apesar do HU estar situado um pouco distante do centro da cidade, no bairro da Trindade, desde a sua inauguração ele teve um movimento ascendente no que diz respeito à procura pelo atendimento ambulatorial. Na década de 80 a sua clientela era, na maior parte das vezes, de pessoas provenientes do meio rural, os previdenciários, a comunidade universitária e também os indigentes. Nos primeiros 60 dias de sua existência o HU recebeu a internação de 158 pacientes (SÃO THIAGO, 1996).

Na década de 90, em 1995, o HU passou a funcionar como hospital de referência da rede do SUS o que levou a uma intensificação no atendimento de pacientes de todas as especialidades e de todas as regiões do estado de Santa Catarina (CERQUEIRA, 1996). O SUS já havia sido instituído no Brasil desde a Constituição de 1988 e é a partir desta década que começam a se desenvolver vários projetos regionais na área da saúde. Um dos projetos que foi implantado em Santa Catarina, em 1997, foi o Programa Docente Assistencial (PDA).

O PDA faz parte de um convênio entre a UFSC e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Integraram-se inicialmente neste convênio os alunos da Medicina através do internato médico. Um pouco mais tarde alunos de outras áreas foram se integrando ao projeto, como por exemplo: Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Enfermagem, Farmácia, etc. O PDA tinha como objetivo a formação dos profissionais de saúde que passariam a integrar os serviços públicos de saúde, seria uma espécie de estágio junto à comunidade. Mais ou menos a partir do ano 2000 o PDA assume o modelo de Saúde da Família que já havia sido criado em 1994 pelo Ministério da Saúde.

O principal propósito do Programa de Saúde da Família (PSF) é de reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases substituindo o modelo tradicional. A intenção é levar a saúde para mais perto da família e, dessa maneira, ir melhorando a qualidade de vida de todos os brasileiros. A estratégia do PSF é priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde

das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento deve ser prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos vários profissionais que fazem parte da equipe de Saúde da Família (médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, agentes de saúde, etc). As equipes multiprofissionais são capacitadas para, entre outras coisas, conhecer a realidade das famílias pelas quais a equipe é responsável por meio de cadastramento e diagnóstico das suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Identificar os problemas de saúde e situações de risco os quais a população encontra-se exposta. Elaborar, juntamente com a comunidade, planos locais para enfrentamento dos processos de saúde/doença. Enfim essas equipes de multiprofissionais de Saúde da Família devem prestar assistência integral tanto na Unidade de Saúde da Família, quanto na comunidade e nos domicílios e também devem fazer o acompanhamento do atendimento dessa população nos serviços de referência ambulatorial e também hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Voltando ao HU, temos que atualmente ele pode ser considerado como hospital de referência em Santa Catarina por diversos motivos, entre eles destacamos dois: o primeiro, porque é um hospital universitário onde ensino e prática se complementam e é único deste gênero no estado de SC. Seu corpo clínico é constituído de professores dos vários Departamentos do Centro de Ciências de Saúde da UFSC que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa. Os médicos e demais profissionais da saúde como: enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos e engenheiros biomédicos possuem altos índices de qualificação e titulação, coligados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas. Isto tudo confere ao HU da UFSC força e prestígio social e comunitário. Segundo, porque ele é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte nas diversas especialidades (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2004).

Além disso, o HU atua nos três níveis de assistência à saúde: primária, secundária e terciária. Para o atendimento no âmbito da assistência primária o HU dispõe de um ambulatório com diversos médicos especializados em medicina interna que atendem a comunidade em geral, dispõem também de serviços de informações toxicológicas, banco de leite materno e vários outros serviços. Na atenção secundária existem atendimentos ainda mais especializados como os cardiológicos, obstétricos, geriátricos e os procedimentos cirúrgicos, etc. E no nível terciário estão as hospitalizações. De certa forma, estes três níveis representam a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Mas para que haja uma maior maximização da saúde e do bem estar da sociedade em geral esses três níveis não podem ser vistos distintamente pois, eles se encontram sempre imbricados.

Segundo indicadores do HU, publicados no jornal Diário Catarinense no dia 11 de julho de 2004 por Bevilacqua (2004), este hospital conta hoje com 267 leitos e 3 salas cirúrgicas. Trabalham neste hospital 260 médicos, 52 residentes, 146 enfermeiros e um grupo de 100 voluntários. O pessoal administrativo conta com: 100 técnicos administrativos de nível superior, 890 de nível médio e 134 de nível de apoio. No ambulatório deste hospital foram atendidos em 2003 um total de 131.265 pacientes, ou seja, foram atendidos 52.616 pacientes em clínica médica, 28.191 em clínica cirúrgica, 15.439 em pediatria, 8.909 em gineco-obstetrícia. No ambulatório do Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC) foram atendidos 17.203 funcionários e alunos e ainda em outras áreas do ambulatório foram atendidos 8.907 pacientes.

Podemos dividir o ambulatório do HU em 4 partes que consideramos como sendo as principais. Na primeira parte temos a ala “A”, onde encontramos 3 médicos que dão atendimento em clínica médica a pacientes da sociedade em geral. Na ala “B” temos o atendimento que é realizado por, mais ou menos, 9 residentes que estão se especializando em clínica médica e

também há os residentes que estão se especializando em outras áreas. Na ala “C” encontramos o atendimento médico em várias especialidades. Na quarta parte do ambulatório temos o SASC onde existem 6 médicos especializados em clínica médica, mas também há outros médicos de várias especialidades dando atendimento a toda a comunidade universitária da UFSC: funcionários em geral, professores e alunos. Todos os pacientes que são atendidos no ambulatório do HU tem um prontuário médico e todos marcam o dia de suas consultas previamente. No final deste capítulo apresentaremos aos leitores um pouco da organização burocrática que faz parte da instituição hospitalar, principalmente no que se refere ao atendimento dos pacientes pelos médicos e residentes no ambulatório do HU.

A nossa pesquisa se concentrou no ambulatório do HU nas alas: A, B e no SASC pois, são nestas partes do ambulatório que encontramos os médicos especializados em medicina interna/clínica médica e os residentes que estão aprimorando seus conhecimentos nesta especialidade.

Mas antes de passarmos para a parte de análise desta pesquisa vamos conhecer um pouco mais sobre a atividade médica e a especialidade clínica médica e também vamos fazer uma pequena exposição sobre residência médica e por fim conhecer o perfil destes especialistas, médicos e residentes, que trabalham no ambulatório do HU da UFSC.

4.1 - A atividade médica dentro do hospital

Na visão weberiana a atividade médica pode ser considerada uma ação social classificada como racional. Essa ação racional se justifica por ações orientadas por objetivos bem definidos e pela escolha dos meios adequados para atingir esses objetivos, ou seja, aplica-se o conhecimento médico para esclarecer as causas das doenças, definir os diagnósticos e as terapêuticas e também

os prognósticos. Através dessa ação racional os médicos adquirem o monopólio de praticar a Medicina de forma exclusiva, excluindo para a ilegalidade todos os outros praticantes empíricos ou curiosos do ofício (MACHADO, 1997). Isso torna os médicos detentores de uma autoridade racional legal pois, eles se encontram apoiados por uma crença na legalidade das normas em vigor e no direito daqueles que foram elevados à autoridade sob essas normas. E além de ser uma autoridade racional legal eles são também detentores de uma autoridade tradicional, posto que, na teoria weberiana a pessoa detentora do saber é o repositório da tradição, cujas qualidades especiais originam-se de longo aprendizado que cria habilidades. Essa autoridade tradicional/racional legal é percebida de forma bastante clara, atualmente, quando visualizamos, por exemplo, o embate que está sendo travado entre o CFM, que regulamenta a profissão médica, e os terapeutas holísticos, que trabalham com as mais variadas formas da Medicina alternativa. Podemos definir Medicina alternativa como todas as práticas de saúde que ainda não foram comprovadas a sua eficiência científica, como por exemplo, os florais de Bach. Até bem pouco tempo atrás a acupuntura era considerada uma prática da Medicina alternativa e hoje faz parte da Medicina científica, se transformou em especialidade reconhecida pelo CFM. Este embate é um assunto bastante polêmico que nos leva a discussão sobre o projeto de lei 025/2002 que institui o “Ato Médico”. Entretanto, neste trabalho, não vamos nos aprofundar nessa discussão, pois que, para fazê-lo necessitaríamos de uma outra pesquisa.

Na atualidade o hospital é o local privilegiado da atividade médica, pois nele, o médico realiza a maioria de seus atos fundamentais, como por exemplo: as atividades cirúrgicas, tratamento de pacientes que necessitam de hospitalização, realização de exames mais sofisticados, realização de diagnósticos, atendimento ambulatorial de pacientes, etc. É também no ambiente hospitalar que os médicos trocam experiências clínicas e é nesse mesmo ambiente que se dá a transferência de saberes dos médicos para os residentes. Isso não quer dizer que o

hospital pode ser considerado um espaço harmônico de convivência, pelo contrário ele é um espaço de conflito, ou seja, ele é um campo de práticas onde encontramos diversos conflitos: conflitos entre especialistas, entre médicos e pacientes, entre médicos e funcionários do hospital, entre médicos e a administração do hospital, etc. Não faz parte deste trabalho de pesquisa entrar nos conflitos institucionais, mas devemos relatar que no momento da nossa entrada em campo, o HU estava passando por mudanças administrativas referentes à eleição de uma nova diretoria. Não vamos nos referir a tais mudanças institucionais conflituosas, pois que, não estávamos voltados para elas no momento da pesquisa. Mas podemos citar que dentro do HU interagem vários Coletivos de Pensamento e vez por outra, através de eleição, é um deles quem administra o Hospital, passando a haver algumas mudanças dentro da instituição hospitalar.

Geralmente o modelo institucional que encontra-se em vigência dentro de uma instituição hospitalar acaba interferindo na conduta do médico para com seu paciente e até mesmo na conduta do médico para com a doença que se apresenta através do paciente. Isso ocorre pois, é o modelo institucional vigente quem dita como será a relação entre o médico e o paciente quando determina, por exemplo, os horários de atendimento no ambulatório ou quando determina um tempo máximo para uma consulta. Ele também interfere na relação entre o médico e a doença que se apresenta através do paciente pois, é ele quem disponibiliza os recursos para o tratamento das doenças. Portanto a conduta do médico é na maioria das vezes estruturada pelo modelo institucional vigente dentro do hospital que acaba, de certa forma, também interferindo no saber profissional do médico (ALBUQUERQUE, 1978).

Mas para que o atendimento médico dentro de uma instituição hospitalar ocorra com maior fluidez é necessário que o médico tenha um mínimo de liberdade de ação quanto aos seus pacientes, ou seja, apesar do médico ser considerado um agente institucional ele deve ter um mínimo de autonomia para decidir a sua conduta para com os pacientes. Essa autonomia diz

respeito, principalmente, ao nosso sujeito de estudo que foram os médicos e residentes especializados em clínica médica. Dizemos isso pois, os médicos que detém essa especialidade geralmente são os primeiros profissionais da área médica procurados pelos pacientes e nesse caso, eles devem ter liberdade para formular pedidos de exames; de internação quando acharem necessário uma pesquisa mais profunda do caso; o envio do paciente a um especialista do próprio hospital; ou até o envio para um outro profissional que não atende no hospital, mas sim, nos postos de saúde que se encontram vinculados ao SUS.

No ambulatório do HU, que foi nosso espaço de pesquisa, esta liberdade de ação nos chamou atenção pois, notamos que ela simplifica um pouco toda a burocracia que sabemos existir dentro de instituições públicas deste tipo. E por ser um hospital-escola essa instituição também é facilitadora de experimentação de novas práticas que por ventura os médicos acreditem serem mais bem sucedidas em relação a alguns tipos de pacientes, como por exemplo: os diabéticos, os hipertensos, etc. Percebemos no HU, que por um lado, os médicos são beneficiados com essa liberdade de ação tanto para com o paciente quanto para as novas práticas. Mas por outro lado, verificamos que esses profissionais da saúde têm uma carga de trabalho bastante elevada e também exercem atividades em outros locais. Isso muitas vezes ocasiona uma redução do tempo destinado à atualização profissional e o resultado, a médio prazo, poderá vir a ser vislumbrado na piora da qualidade dos atendimentos ambulatoriais. Além disso, os médicos são mal remunerados e as suas condições de trabalho são péssimas em consequência de uma conjuntura política que se caracteriza pela redução de investimentos em políticas sociais, racionalização dos custos, redução do pessoal auxiliar, etc, que gera sobrecarga de trabalho aliada a uma maior responsabilidade. Dessa forma, podemos considerar que a atividade médica é uma prática das mais desgastantes tanto fisicamente quanto psicologicamente pois, o médico, acima de tudo, lida com vidas humanas em situação de fragilidade. Aliás, os médicos durante a sua formação são

socializados para sentirem-se responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência médica, lembrando sempre que omissão de socorro é considerado um delito ético grave passível de várias punições.

A vida profissional do médico foi classificada por Machado (1997) em 5 fases. A primeira diz respeito aos primeiros anos após a graduação quando sua atuação se concentra na residência dentro dos hospitais procurando obter uma especialização. Nesta fase o recém formado médico dá seus primeiros passos em busca de um mercado de trabalho. Na segunda fase eles já têm uma especialidade definida para sua atuação no mercado de trabalho e começam a diversificar mais sua área de inserção passando a conviver com múltiplos empregos, acumulando por vezes três ou mais atividades. Na terceira fase eles se encontram em atividade entre 10 e 25 anos e estes profissionais são os que dominam o mercado de serviços tanto nas capitais como no interior. Na quarta fase, que a autora chama de desaceleração, temos os médicos que já se encontram no mercado de trabalho há mais de 25 anos e estão buscando reduzir suas atividades, nesta fase a maioria deles privilegia sua atividade nos consultórios. Na quinta e última fase temos o início da paralisação das atividades, geralmente os médicos se encontram com mais de 70 anos de idade.

Nesta pesquisa que foi realizada no ambulatório do HU trabalhamos somente com profissionais médicos especializados em clínica médica que se encontram na primeira fase da vida profissional, ou seja, os recém-formados e também trabalhamos com médicos que se encontram entre a terceira e a quarta fase, a maioria se inclui na terceira fase, só 2 médicos encontram-se na quarta fase. Mas isso ficará melhor especificado quando apresentarmos o perfil dos profissionais que foram sujeitos desta nossa pesquisa.

4.2 - Especialistas em medicina interna/clínica médica

A clínica médica é citada por Rezende (2004) como sendo a base de sustentação de toda a Medicina. A palavra clínica vem do grego *klíne que quer dizer leito, cama*. Médico se dizia *Iatrós* e *Klinikós* era o médico que atendia os doentes acamados.

A clínica médica nasceu na Ilha de Cós, na Grécia, com Hipócrates. Foi a escola hipocrática que iniciou a transformação da Medicina mágica para a Medicina racional, conforme apresentamos no 2º capítulo desta dissertação. Hipócrates foi o introdutor da anamnese como etapa inicial do exame médico, isto é, foi com ele que nasceu a observação clínica que compreende a história da doença contada pelo paciente, e também o exame físico do paciente em seus menores detalhes em busca de dados para a elaboração do diagnóstico e do prognóstico. Antes de continuarmos a dissertar sobre a especialidade clínica médica vamos explicar melhor o que vem a ser a anamnese.

A palavra anamnese provém do grego, onde *ana*, quer dizer trazer de volta, recordar e *mnesis*, memória. Significa recordar os fatos relacionados com a pessoa e suas manifestações da doença. A anamnese pode ser considerada um método de coleta de dados que deve ser treinado desde o período de formação do médico, mas geralmente os currículos médicos não enfocam este ensino da comunicação entre médico e paciente, pois que, o ensino médico é voltado muito mais para o fazer do que para o escutar (DUNNING, 2000, *apud* HEINISH, 2003).

A anamnese se dá através de uma entrevista cujo diálogo que se estabelece entre o médico e o paciente tem objetivo e finalidade pré-estabelecidos, isto é, esse diálogo reconstitui os fatos e acontecimentos que estão direta ou indiretamente relacionados com uma situação desconfortante na vida do paciente (PORTO, 2000 *apud* HEINISH, 2003). Ela pode ser conduzida pelo médico de duas maneiras: através de entrevista diretiva, ou então, entrevista não diretiva.

Na entrevista não diretiva o médico deixa o paciente relatar livremente e espontaneamente suas queixas, neste caso o paciente tem papel mais ativo pois, o médico tende a ouvir muito mais do que perguntar. Já na entrevista diretiva o paciente não tem a oportunidade de fazer um relato livre e dispersivo pois, há um certo esquema básico de perguntas que conduz a entrevista de modo mais objetivo (DUARTE & CASTRO, 2004).

A anamnese, diretiva ou não, é considerada como um dos principais atos da consulta médica, pois que, ela auxilia o médico a compreender melhor o seu paciente, ou seja, o médico pode perceber, através da anamnese, o que o paciente pensa sobre determinados problemas, como ou por que surgiram e qual o prognóstico esperado ou temido (BATES, 1998). Além disso, é a partir da anamnese que o médico começa a formular um grande número de hipóteses diagnósticas à medida que ele ouve a história da doença atual do paciente.

López (1997) considera que a anamnese é imprescindível como instrumento de trabalho do médico clínico. Através dela o médico pode identificar os sintomas de significado clínico que acometem o paciente e também pode identificar detalhes da vida do paciente como, por exemplo: seus sentimentos, suas atitudes, seus conflitos psicológicos, etc. Este processo quando bem sucedido consegue estabelecer um bom vínculo médico-paciente pois, o paciente sente-se compreendido quando percebe que o médico o enxerga como um ser humano total, ou seja, parte biológico, parte psicológico e parte social.

Após esta breve explicação sobre a anamnese voltamos ao tema em discussão que é sobre a especialidade clínica médica. Quanto a isso podemos dizer que esta especialidade pode ser associada aquele médico que vimos nas primeiras partes deste trabalho, ou seja, o médico que protagonizou a Medicina até mais ou menos o século XIX, que tratava dos seus pacientes de forma global sem haver ainda a intermediação das especialidades. Este médico era conhecido também como o médico de família que com a fragmentação de saberes deixou de ter importância

dentro da ciência médica por um bom período de tempo. Felizmente o antigo médico de família está sendo revitalizado aqui no Brasil, e uma das formas de revitalização está se dando através da especialidade clínica médica que passou a ser ainda mais difundida na década de 90 com a fundação da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e também com a introdução do PSF como prática de atenção à saúde da família.

Podemos afirmar isto em função deste nosso trabalho de pesquisa pois, nas entrevistas que realizamos com alguns dos médicos e residentes que trabalham no ambulatório do HU, observamos que a especialidade clínica médica é uma das poucas que tem como objetivo compreender o paciente de forma integral. Quando mencionamos forma integral estamos apontando para a compreensão também dos aspectos psicossomáticos e as influências dos fatores sociais, ocupacionais e ambientais na evolução das doenças. Com isso talvez possamos dizer que esteja em formação no HU um novo Coletivo de Pensamento que não seja tão fragmentado, isto é, que veja o paciente e a sua doença de forma mais abrangente, incluindo outros fatores que não sejam só biológicos e sim biopsicossociais.

No 3º capítulo desta dissertação vimos que a especialidade medicina interna/clínica médica foi classificada por Díaz-Jouanen (1990) como uma especialidade cognitiva que lida diretamente com o paciente, e nela é valorizado o raciocínio clínico havendo maior destaque na relação subjetiva entre médico e paciente. Esse conhecimento cognitivo é adquirido na escola médica. Machado (1997:27) cita que as especialidades cognitivas assumem na nossa sociedade o papel de “aconselhador do modo de vida do paciente, indo muito além do seu papel estritamente técnico”, donde percebemos a subjetividade que envolve o médico clínico e cada um dos seus pacientes pois, que cada um deles apresenta uma forma de adoecer singular.

O especialista em clínica médica deve ser dotado de uma boa formação geral para poder conseguir resolver pequenos problemas ligados às várias especialidades. Ele deve estar

capacitado para diagnosticar várias patologias antes mesmo de ser operacionalizado o exame físico e laboratorial. Tudo por causa da anamnese, que como foi visto anteriormente nada mais é do que a entrevista que o médico faz com o seu paciente.

Além disso, Moraes aponta (1997) que o médico clínico deve estar capacitado, entre outras coisas, para selecionar os exames complementares que o paciente deve fazer e interpretar os resultados desses exames. Após o diagnóstico, se o clínico não puder resolver o problema do paciente ele o encaminha para o especialista. Ele também deve ter aptidão para a prestação de cuidados primários e de emergência. Aliás, é nos setores de emergência dos hospitais que se constituem um dos melhores campos de treinamento para os médicos. Este profissional de saúde, médico clínico, deve estar capacitado, inclusive, para orientar os pacientes quanto à promoção e prevenção das doenças e também deve estar preparado para se relacionar com o paciente e sua família tanto em termos humanitários quanto éticos. Ele deve ter também aptidão para trabalhar em equipe, considerando que o treinamento para este tipo de trabalho seja iniciado na graduação pois, é nesta fase que são criados: os hábitos de trabalho em conjunto e também os hábitos de respeito a todos os profissionais da saúde. Moraes (1997:101) sintetiza bem a competência do médico clínico da seguinte maneira: “Clínico geral é o médico que domina o mais amplo espectro de doenças, cuida do paciente como um todo e lembra que ele pertence a uma comunidade”.

Mas além do conhecimento científico e das habilidades técnicas, o médico clínico tem também como tarefa estabelecer uma relação afetiva entre ele e o paciente para que se forme entre eles um vínculo positivo, é esse vínculo positivo que vai favorecer o tratamento. Portanto a relação médico-paciente nada mais é do que o estabelecimento de uma relação afetiva e de confiança entre o profissional e seu paciente. Lembrando que essa relação deve ser sempre uma parceria entre duas pessoas: uma que detém o conhecimento técnico e científico e a outra que não é omissa, mas tem autonomia para aceitar ou não esse conhecimento científico. Sendo assim, a

relação médico-paciente não deve ser encarada por nenhum dos dois lados como de sujeição ou subjugação. Mas para se estabelecer uma relação médico-paciente eficaz é necessário que o médico possua muitos atributos e estes já foram amplamente discutidos por diversos autores como por exemplo: Soar Filho, 1998; Lopes, 1997; Tâhkã, 1988; Coulehan, 1989. Não achamos que seja necessário nos voltarmos para esses atributos novamente, mas gostaríamos de citar aqui somente aqueles que consideramos mais relevantes no que tange ao paciente poliqueixoso e que fazem parte dos princípios da Medicina psicossomática quanto ao estabelecimento de uma boa relação médico-paciente.

Na Medicina psicossomática estabelecer uma boa relação médico-paciente depende de 2 fatores considerados fundamentais. O primeiro fator seria a intuição do médico, o *insight*, ou seja, sua capacidade de perceber e compreender os problemas. O segundo fator talvez seja o mais importante, pois que, o primeiro fator é dependente deste que se resume no treinamento que o médico deve receber para este fim (PINHEIRO, 1992). A boa relação médico-paciente requer mais do que isso, ou seja, na visão de Capra (1982:153) requer uma boa dose de bom senso, paciência e compaixão e também o “dom de dispensar conforto humano e devolver a confiança e tranqüilidade ao paciente, sensibilidade no trato dos problemas emocionais do paciente, e habilidades terapêuticas na condução dos aspectos psicológicos da enfermidade”.

Ainda dentro da visão psicossomática o médico deve considerar o seu paciente como um ser humano dotado de 3 dimensões: a corpórea, a mental e o seu mundo externo. Na medida em que o paciente percebe que o médico tem interesse em compreendê-lo nestas 3 áreas se estabelece uma relação de empatia entre o médico e o paciente promovendo uma boa relação entre eles. Quando se estabelece uma boa relação o paciente não só vai falar para o médico sobre os seus sintomas como também vai falar sobre seus sentimentos e suas dificuldades e isso irá proporcionar um tratamento mais adequado pois, o médico terá uma probabilidade maior de

acerto no seu diagnóstico. Observamos que são essas qualidades do médico que deveriam ser treinadas nas escolas médicas e que favorecem a relação entre médico e paciente. São elas também que colaboram no sentido de deixar o paciente mais a vontade para falar de sua vida privada. E veremos neste trabalho de pesquisa que muitas vezes as queixas dos poliqueixosos se originam da vida privada. Mas vamos deixar para verificar isso quando estivermos tratando da análise das entrevistas que realizamos com os médicos e residentes sobre a percepção destes em relação aos pacientes poliqueixosos e passaremos a apresentar um pequeno perfil dos médicos especialistas em clínica médica que estavam atuando no ambulatório do HU nos meses de maio a setembro de 2004 e logo após faremos uma breve exposição sobre a residência médica e também daremos um pequeno perfil dos residentes em clínica médica que faziam parte do *staff* de residentes do HU quando estivemos em campo.

4.2.1 - Perfil dos médicos especialistas em clínica médica do HU

No ambulatório do HU encontramos um total de 9 médicos que são especializados em medicina interna/clínica médica, mas todos eles fazem também atendimento em outras especialidades, tanto dentro do HU quanto fora. Desse total, 4 médicos se formaram em Medicina na UFSC, os outros 5 são formados por instituições federais e particulares de outros estados da federação brasileira. No ambulatório temos a presença de 3 profissionais do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A idade dos médicos varia entre 41 e 65 anos.

Todos os 9 médicos exercem a sua profissão há mais de 17 anos, ou seja, num intervalo entre 17 e 28 anos. Portanto encontram-se, segundo a classificação de Machado (1997) na terceira e quarta fase da vida profissional, que já citamos em parágrafos anteriores. Quando do

contato com os médicos mais velhos eles nos revelaram a sua vontade de se aposentar o que corrobora com a fase que a autora chama de desaceleração.

Todos os médicos atendem pacientes no ambulatório do HU há mais de 10 anos, isto é, entre 10 e 22 anos, sendo que, a maioria dos médicos, 6 deles, trabalham no ambulatório do HU há mais de 20 anos.

Na primeira parte da pesquisa de campo, que ocorreu entre os meses de maio e junho de 2004 e que se tratou de uma pesquisa quantitativa onde coletamos dados através de um questionário, fizeram parte 7 médicos¹³ e cada um dos médicos atendem uma média de 10 pacientes por dia no ambulatório. Por mês seriam mais ou menos 200 pacientes atendidos por cada um dos médicos. O que dá um total de 1400 pacientes/mês atendidos no ambulatório do HU pelos médicos especializados em clínica médica e que foram entrevistados para esta pesquisa, ou seja, não estamos contabilizando aqui os 2 médicos que não responderam ao questionário. Já na segunda parte da pesquisa de campo, que ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2004 onde procuramos coletar dados através de entrevista semi-estruturada, entrevistamos 2 médicos que trabalham no ambulatório do HU há mais de 20 anos.

A jornada de trabalho no ambiente ambulatorial é de 20 horas semanais, o que dá uma média de 4 horas de trabalho por dia. Verificamos durante o nosso trabalho de campo que os médicos dispensam no atendimento de cada paciente mais ou menos 20 a 25 minutos, chegando às vezes a 30 minutos. Não devemos nos esquecer que além do ambulatório, muitos desses médicos dão atendimento também em outras áreas do hospital, como por exemplo, a emergência e as clínicas de internação. Inclusive alguns deles dão assistência aos estudantes do curso de

¹³ O motivo pelo qual dois dos médicos deixaram de responder ao questionário está especificado na introdução deste trabalho.

Medicina da UFSC e aos residentes que fazem parte do HU, isso acaba totalizando entre 40 e 60 horas semanais de trabalho somente dentro do HU.

4.3 - Residência médica

A residência médica é considerada uma pós-graduação que se originou nos Estados Unidos no século XIX e está fundamentada no treinamento dos jovens médicos para a formação em especialistas, ou seja, a residência médica quando cumprida integralmente confere ao médico residente o título de especialista. Ela pressupõe dedicação exclusiva ao trabalho no hospital onde os médicos residentes se vêem envolvidos no cotidiano hospitalar possibilitando a eles experiência clínica (MACHADO, 1997).

No Brasil a residência médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. A partir deste decreto foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Existem diversos programas de residência médica e todos devem estar credenciados por esta Comissão. No HU o programa de residência médica existe há 17 anos.

A residência médica funciona em instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos de mais elevada qualificação tanto ética quanto profissional. A residência, na maioria das especialidades médicas, tem a duração de 2 anos e os médicos podem fazer várias residências. Os residentes geralmente recebem uma bolsa da instituição hospitalar para a qual trabalham. Eles são admitidos nessas instituições através de processo de seleção pública.

Dentro das diversas instituições hospitalares que estão aptas a fornecer o curso de residência médica vislumbramos que na maioria delas se encontram vários residentes que são oriundos de várias instituições de ensino, portanto temos nessas residências vários Estilos de Pensamento se interligando, interagindo.

A primeira residência médica, em que o estudante recém formado escolhe sua primeira área da Medicina para se especializar dentro de uma instituição hospitalar, é considerada um dos períodos mais estressantes na vida profissional de um médico pois, apesar dele já ter uma certa familiaridade com os hospitais, ele passará a ter cotidianamente um contato muito mais abrangente com a instituição hospitalar e com os pacientes e esse contato ocorre, segundo Guirro (2004), num clima de frustração e insegurança. A frustração vem da percepção dos problemas internos dos hospitais como, por exemplo: falta de vagas tanto para internação quanto para tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), falta de material, etc. A insegurança vem da própria falta de experiência clínica que só será sanada com o tempo. A experiência clínica é parte fundamental do processo de formação médica pois, este conhecimento não é adquirido durante o estudo acadêmico. Para se obter experiência clínica é necessário observar o fenômeno clínico e lidar com ele diretamente (BECKER, 1984 *apud* MACHADO, 1997).

Por um lado, a residência médica se caracteriza na aquisição de experiência clínica para os médicos recém formados, mas por outro lado, os recém formados procuram fazer residência médica nos hospitais também como forma de estabelecer vínculos com o mercado de trabalho médico pois, existe a perspectiva de um emprego no próprio hospital onde está sendo realizada a residência.

Através do que foi vislumbrado até aqui sobre residência médica podemos dizer que ela é um treinamento supervisionado, que pode ser considerada como um ritual de passagem, isto é, um teste pelo qual o recém formado passa para poder pertencer à ordem dos verdadeiros médicos. Podemos dizer que além do curso de Medicina ser importante para a inserção do estudante a um certo Estilo de Pensamento ou até mais de um EP, a residência também pode, muitas vezes, determinar o Estilo de Pensamento o qual o residente poderá se submeter (COUSINS, 1981 *apud* NOGUEIRA MARTINS, 1998).

Passaremos a apontar um pequeno perfil dos residentes em clínica médica que estavam atuando no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago entre os meses de maio a setembro de 2004 os quais foram sujeitos de nossa pesquisa.

4.3.1 - Perfil dos residentes do HU

No ambulatório do HU encontramos, no primeiro momento da nossa ida a campo nos meses de maio e junho de 2004 onde coletamos dados através de um questionário, 9 residentes que estavam se aprimorando na especialidade de medicina interna/clínica médica. Todos são formados pelo curso de Medicina da UFSC. Dentre estes, 4 são homens e 5 mulheres e as idades variam entre 24 e 26 anos. Alguns deles estavam praticamente começando a sua residência, ou seja, encontravam-se atendendo pacientes no ambulatório há 3 e 4 meses. Já outros estavam praticamente no final da sua primeira residência, isto é, achavam-se atendendo pacientes já há 18 e 24 meses e foram 2 desses residentes veteranos que se tornaram sujeitos da nossa pesquisa qualitativa nos meses de julho a setembro de 2004.

Cada um dos residentes atendem uma média de 5 pacientes por dia no ambulatório, o que dá uma média de 100 pacientes por mês atendidos por cada um dos residentes. Entre todos os residentes em clínica médica temos um total de 900 pacientes atendidos por mês no ambulatório do HU.

A jornada de trabalho no ambulatório é em média de 15 horas semanais, o que dá uma média de 3 horas de trabalho por dia somente no ambulatório, sendo assim, dispensam no atendimento de cada paciente mais ou menos 25 a 35 minutos. Mas se levarmos em conta que os residentes atendem também na emergência e fazem plantão nas clínicas médicas temos uma

média de 60 a 74 horas semanais de trabalho, ou seja, uma média bastante superior a de um trabalhador do mercado de trabalho formal que é de 40 horas semanais de trabalho.

4.4 - Breve apresentação da organização burocrática no ambulatório do HU

Além das entrevistas estruturadas e semi-estruturadas que realizamos com os médicos e residentes especialistas em clínica médica, adotamos como parte de nossa metodologia a observação direta, ou seja, durante o trabalho de campo, que ocorreu entre os meses de maio a setembro de 2004 e que aconteceu no interior do ambulatório do HU procuramos conhecer um pouco da organização burocrática que faz parte da instituição hospitalar, principalmente no que se refere ao atendimento dos pacientes pelos médicos e residentes especializados em clínica médica. Também procuramos conversar com os pacientes enquanto estes esperavam para serem atendidos pelos médicos. A intenção nesta parte do trabalho é apresentar uma pequena parcela do diário de campo que construímos durante a nossa passagem pelo HU.

Nesta observação verificamos que os médicos dão atendimento dentro do ambulatório do HU em diversos horários. Já os residentes em clínica médica geralmente atendem seus pacientes a partir das 15:30 horas. O paciente para ser atendido por um dos médicos ou residentes deve marcar o dia de sua consulta com certa antecedência. No dia marcado o paciente deve comparecer ao ambulatório do HU para marcar a sua hora de consulta, ou seja, o paciente deve comparecer ao ambulatório 30 minutos antes do horário que o médico deveria começar atender seus pacientes. Os residentes dificilmente se atrasam em seus horários, visto que, eles ainda estão somente trabalhando dentro do hospital e, sendo assim, eles conseguem iniciar as consultas dentro do horário previsto. Quanto aos médicos observamos que estes têm uma tendência maior a atrasar o início de suas consultas, pelo simples motivo de que eles trabalham em vários lugares o

que ocasiona na maioria das vezes um atraso. Durante as nossas observações chegamos a presenciar o atraso de um médico em 1 hora.

Para tornar mais fácil o entendimento do leitor deste trabalho vamos exemplificar, através do atendimento dos residentes, como se concretiza essa organização burocrática de marcação de consultas e de horários para que um indivíduo possa ser atendido no ambulatório do HU.

Para ser atendido por um residente o paciente deve marcar o dia da sua consulta com antecedência. No dia previsto o paciente deve comparecer no ambulatório do HU no máximo até as 15:00 horas para assinalar presença e ter o seu horário marcado por ordem de chegada. Portanto o paciente deve chegar no máximo 30 minutos antes do médico e deve ficar aguardando a sua vez.

Alguns pacientes chegam cedo ao ambulatório para marcar seu horário e ficam de 2 a 3 horas aguardando para serem atendidos pelos residentes. A maioria dos pacientes reclamam desse procedimento por parte da instituição. Talvez fosse até mais proveitoso, pela própria instituição, que esse horário de consulta fosse marcado já no dia que é marcada a consulta.

Observamos que muitos pacientes que são provenientes de lugares mais distantes da cidade ou até mesmo de outros municípios, costumam chegar muito cedo no HU, marcam sua hora e depois vão preencher esse tempo de espera fazendo compras no centro, passeando pela região e alguns ficam até conversando com outros pacientes que estão por ali a espera do seu horário de consulta. Quando ocorre de um dos residentes não poder atender seus pacientes geralmente estes são transferidos para outros residentes. Por outro lado, quando são os médicos que por qualquer motivo cancelam suas consultas, os seus pacientes não têm outra saída senão remarcar a consulta.

As consultas, sejam elas realizadas pelos médicos ou residentes, demoram em média 20 a 25 minutos com cada paciente no consultório, às vezes chegam a demorar 30 minutos, o que

ocasiona uma espera ainda maior. Durante a nossa observação percebemos que alguns pacientes têm consciência que uma consulta mais demorada é sinal de que o médico está dando um bom atendimento. Já outros pacientes reclamam muito e acham que o médico está “matando o tempo” com o paciente.

Observamos também que boa parte dos pacientes têm idade avançada e percebe-se no semblante destas pessoas o cansaço pela espera, mas estes são os que menos reclamam. Geralmente os jovens reclamam mais por terem outras atividades os esperando.

Os pacientes conversam muito para driblarem o tempo e é comum eles desabafarem seus problemas e suas dores ali mesmo. Além desses desabafos observamos que nos corredores de espera do ambulatório do HU se fala de tudo um pouco: de política, dos políticos, de novela, do futebol, das crianças, de receitas culinárias, do atendimento dentro do ambulatório, do último exame realizado, da capacidade do médico, das novidades nas prateleiras das farmácias, etc. Porém, apesar de todos os problemas que dizem respeito à espera pela consulta, gostaríamos de destacar que os pacientes geralmente falam muito bem do HU e alguns até se mostram gratos aos funcionários e ao corpo médico.

Após esta breve apresentação da organização burocrática que faz parte de todas as instituições hospitalares passaremos para os próximos capítulos desta dissertação e neles vamos conhecer, segundo a bibliografia pesquisada, um pouco mais sobre a hipocondria e as poliqueixas. Posteriormente vamos dar voz aos médicos e residentes especializados em clínica médica que dão atendimento no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Sendo assim, na próxima parte deste trabalho estaremos abordando o cerne da nossa pesquisa que se constitui em conhecer e apresentar aos leitores a percepção destes profissionais da saúde sobre a hipocondria e as poliqueixas e na medida do possível estaremos apontando os Estilos de Pensamento que envolvem essa percepção. Entretanto daremos ênfase,

nesta parte do trabalho, a percepção dos médicos e residentes sobre o fenômeno de maior incidência no ambulatório do HU, fenômeno este concernente a esta pesquisa, ou seja, as poliqueixas, e tentaremos com isso tornar um pouco mais visível à relação médico clínico e paciente portador de poliqueixas.

Capítulo 5 - O que se fala sobre a HIPOCONDRIA e as POLIQUÉIXAS

5.1 - HIPOCONDRIA na atualidade

A palavra hipocondria provém do termo grego *hypocondros*, que significa debaixo das costelas, designando as regiões laterais superiores do abdômen onde se alojam os órgãos do sistema cardiovascular e digestivo, é neste último onde se produz a bÍlis que Hipócrates associava aos humores e a hipocondria.

No final do século XVIII a palavra hipocondria começou a ser utilizada para descrever doenças cuja causa não era perfeitamente conhecida. Desde então, este termo foi conhecendo significados diversos que foram apresentados ao longo do 2º capítulo desta dissertação. Resumindo um pouco do que já foi visto, podemos dizer que dentro da história da Medicina a hipocondria já foi identificada por vários EPs, como: uma forma de melancolia; desequilíbrio dos humores; um tipo de histeria; doença dos nervos, conhecida mais tarde como neurose; mania de doença; doença imaginária; ela já foi até identificada como a doença dos estudantes de Medicina. Segundo Helman (1994) à medida que os estudantes de Medicina vão conhecendo as diversas doenças, eles freqüentemente passam a imaginar que sofrem das mesmas e chegam até a desenvolver sintomas e sinais típicos da doença.

A hipocondria não é considerada uma doença pela OMS (2002) porque ela não apresenta um conjunto claro de sintomas. Esta Organização classifica a hipocondria como uma disfunção que atinge mais de 1% da população mundial. Disfunção é uma anomalia no funcionamento de qualquer todo organicamente estruturado, sintetizando, é um mau funcionamento que tanto pode ter origem biológica, psicológica e social.

Atualmente a hipocondria é definida pela Associação Americana de Psiquiatria (AAP, 1995), no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-IV), como um dos vários transtornos somatoformes e estes são considerados como todos aqueles que têm em comum a presença de uma ou mais queixas físicas, para as quais não se consegue encontrar uma explicação orgânica adequada e os achados nos exames físicos ou laboratoriais são insignificantes se comparados com as queixas apresentadas.

A característica essencial do hipocondríaco é a “preocupação com o medo de ter, ou a idéia de que a pessoa tem uma doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sinais ou sintomas somáticos” (AAP, 1995:442). Apesar dos exames laboratoriais garantirem que a pessoa não tem nada, ela mesmo assim, persiste na crença de uma doença. Mas essa crença não tem intensidade delirante, ou seja, a pessoa é capaz de reconhecer a possibilidade de estar exagerando a extensão da doença, ou de não existir qualquer doença. Nesse caso o médico para diagnosticar um indivíduo como portador de hipocondria tem que descartar outros transtornos mentais como os psicóticos ou esquizofrênicos, onde estes sim, possuem um caráter delirante. Devemos deixar claro que não estamos abordando este tipo de hipocondria neste nosso trabalho.

O hipocondríaco se preocupa muito com as funções corporais, como por exemplo: batimentos cardíacos, sudorese, etc. Também se preocupa com anormalidades físicas menores, como por exemplo, uma tosse e sensações somáticas vagas e ambíguas como: coração cansado, veias doloridas, etc. Outra característica do hipocondríaco é uma preocupação constante com um órgão específico ou uma doença específica. Dessa forma, esses indivíduos ao lerem ou ouvirem sobre uma doença, ao saberem que alguém adoeceu ou mesmo por observações em seus próprios corpos eles entram em estado de alerta geral e aí sim começa a corrida aos consultórios médicos. Geralmente o hipocondríaco é incansável e está sempre atrás de um médico. Seu percurso

começa pelo clínico geral, que costuma descartar suas suspeitas. A partir daí, passa a buscar especialistas e exigir exames laboratoriais mais complexos persistindo na crença de uma doença.

A hipocondria pode se apresentar como um transtorno crônico que com o tratamento adequado pode levar a uma recuperação completa, ou um transtorno temporário. Temos informações através da Associação Mineira de Psiquiatria (AMP, 2002) que a maioria das pessoas apresentam algum grau de hipocondria numa época da vida, ou seja, não há uma estatística na população brasileira em geral, mas na prática médica ela está entre 4% e 9% das pessoas que procuram o médico.

Segundo a AAP (1995) a hipocondria pode iniciar em qualquer idade, mas com maior frequência na idade adulta jovem. Nas crianças os sintomas somáticos não devem ser diagnosticados como hipocondria a menos que a criança tenha uma preocupação prolongada com a idéia de ter uma doença. Nas pessoas idosas as preocupações com o corpo e os temores de debilitação geralmente tendem a ser mais realista.

Podemos vislumbrar que a vida do indivíduo hipocondríaco pode se tornar muito conturbada. Conforme Lemos Neto (2002) as crenças e os medos irrealísticos podem acabar causando danos sensíveis às atividades sociais, ocupacionais ou mesmo recreativa desses indivíduos. Inicialmente os problemas acabam surgindo nas relações sociais pois, a vida dos hipocondríacos está organizada sobre o medo de adoecer e isso pode acabar causando aborrecimentos aos familiares e amigos que os rodeiam com o tema monocórdico da doença e do sofrimento. Este transtorno também pode interferir no desempenho das funções do indivíduo, ou seja, quando há uma exagerada preocupação com as doenças, muitas vezes, o indivíduo hipocondríaco pode faltar ao trabalho, faltar a outros compromissos importantes e conforme a AAP (1995) em casos mais severos de hipocondria o indivíduo pode até se tornar inválido.

Atualmente visualizamos que está surgindo um novo espaço para os portadores de transtorno hipocondríaco através da internet. Esta nova tecnologia está se transformando em um campo promissor para os hipocondríacos, que podem utilizá-la como uma aliada para as informações sobre doenças que eles acreditam ter, além disso, ela traz notícias sobre os mais novos medicamentos e os mais novos tratamentos das mais variadas doenças. Os hipocondríacos, na maioria das vezes, ao procurarem o médico já levam pronto um diagnóstico, isso muitas vezes ocasiona um embate entre o médico e o paciente hipocondríaco.

Mas até aqui definimos em linhas gerais as características dos hipocondríacos, mas o que causa este transtorno? Segundo Silva (2002) não se conhece a causa da hipocondria, mas atualmente existem quatro teorias que tentam explicá-la. A primeira seria a teoria da amplificação e esta sugere que a hipocondria resulta de um aumento das sensações corporais normais e de um desvio da atenção do indivíduo que parece estar desligado do exterior, mas encontra-se atento aos seus sintomas corporais mínimos, amplificados, que são encarados como sinônimos de doença. Nesta teoria o hipocondríaco vive num estado de permanente escuta, desviando a sua atenção do meio ambiente para si próprio e olhando de modo alarmista e interpretando erradamente cada sensação nova no seu corpo. Boltanski (1989) em seus estudos na França aponta que as mulheres parecem ser mais atentas que os homens às sensações doentias, elas escutam-se mais que os homens e mantêm com mais frequência uma relação sensitiva com o corpo. Existem estudos que tentam provar que as mulheres são mais hipocondríacas que os homens, mas ao que tudo indica nada foi comprovado até agora.

A segunda teoria é a psicanalítica que foi desenvolvida a partir de Freud, esta defende que a hipocondria seria resultado de fatores exclusivamente psicológicos, que as queixas físicas seriam manifestações de conflitos psicológicos relacionados com a agressividade, com a culpa, com a baixa auto-estima e sinal de excessiva preocupação consigo mesmo. Neste caso Freud

(1996:207) tinha razão quando apontou que "atribuir à palavra hipocondria apenas o sentido restrito de medo de doenças é limitar em muito sua aplicabilidade".

A terceira teoria é a da aprendizagem social e esta defende que o indivíduo aprende o papel de doente. As constantes atenções e cuidados que recebe quando a sua saúde está afetada levam-no a habituar-se a esse conforto e a alimentar esse tipo de situação. Muitas vezes um indivíduo apreende o papel de doente na sua infância através da mãe pois, cabe a elas nas sociedades ocidentais a responsabilidade das tarefas domésticas e o zelo com referência à saúde da família, principalmente das crianças. Se esse zelo for demasiado pode levar as crianças a apreenderem o papel de doente, ou seja, a criança acaba interiorizando e incorporando através da socialização primária, período de aprendizagem que ocorre dentro da família, o papel de doente e passa a desempenhar esse papel ao longo de sua vida (SALEM, 1980).

A última teoria sugere que a hipocondria seria uma forma especial de uma outra doença psiquiátrica, como a doença depressiva, as perturbações da ansiedade ou certas perturbações da personalidade. Esta teoria também se encontra em estudo.

Apesar de haver toda uma definição da hipocondria no DSM-IV e também de teorias que tentam explicar as causas deste transtorno, há uma corrente médica dentro da Medicina que não considera a hipocondria como uma doença, ou seja, identificamos dois Coletivos de Pensamento na Medicina que tentam dar conta da hipocondria. O primeiro trata a hipocondria como doença psiquiátrica em que existe o receio ou a convicção, sem fundamento, de que se tem ou se irá sofrer de determinada doença que habitualmente é grave. O segundo acredita que a hipocondria não é uma doença, mas sim, sintomas que aparecem em qualquer pessoa, em pessoas absolutamente normais.

Sintomas são o oposto de sinais, enquanto que o primeiro é considerado como um fenômeno subjetivo que só é sentido pelo próprio indivíduo e na maior parte das vezes é difícil a

sua comprovação pelo médico e que somente é revelado ao médico através da palavra, ou melhor da queixa. O outro, sinal, é a manifestação objetiva da doença, física ou química, que é diretamente observada pelo médico, como por exemplo: ouvir ruídos anormais do coração, observar alterações na pele, etc (ROMEIRO,1980). O hipocondríaco não mostra sinais da doença, pois se ele mostrasse os sinais ele provavelmente estaria acometido de uma doença. Mas ele mostra somente os sintomas da doença que não tem comprovação nem com a realização de exames específicos.

Talvez seja em consequência da existência desses dois CPs dentro da área médica que se origina toda a confusão entre os termos hipocondria e poliqueixas, sendo assim, vamos saber o que são as poliqueixas. Logo após mostraremos os perigos a que estão expostos os portadores de hipocondria e poliqueixas que é a automedicação e a autoprescrição. E por fim identificaremos a distinção entre os dois fenômenos segundo a bibliografia pesquisada.

5.2 - POLIQUEIXAS: fenômeno ainda sem definição

Poliqueixa é um jargão médico usado para definir o comportamento do indivíduo que percorre diversas especialidades médicas apresentando múltiplos sintomas, mas cujos exames não revelam nada. O profissional de saúde não encontra nada que justifique as queixas do paciente, que por sua vez, troca de médico na tentativa de encontrar respostas para seu sofrimento, alimentando assim um ciclo vicioso. Na maioria das vezes o paciente é submetido a exames invasivos sem necessidade que acabam gerando mais suspeitas e mais sofrimento.

Para que um médico descubra que o paciente é poliqueixoso pode levar anos, porque esse paciente geralmente não recebe atendimento fixo, ou seja, como o paciente percorre várias especialidades em consultórios diferentes, o médico não percebe o problema, ou melhor, os

médicos, na maior parte das vezes, não associam os múltiplos sintomas do poliqueixoso a um problema de ordem psicossocial. Além disso, poucos profissionais de saúde têm conhecimento sobre este tipo de fenômeno (ATTA, 2004).

Leal (2004) considera que os pacientes poliqueixosos são aqueles que apresentam queixas ou sofrimentos difusos. Este psiquiatra nos lembra também que é o médico clínico o primeiro a ser procurado por este tipo de paciente que, via de regra, não aceita facilmente o encaminhamento para o profissional de saúde mental. Ele também aponta que cerca de 30% dos pacientes que procuram ajuda médica são poliqueixosos, isto é, “constituem-se por indivíduos cuja queixa não se enquadra nas categorias nosológicas dos manuais de medicina interna ou nos livros-texto de psiquiatria”. Bombana (2004), considera que por trás de pacientes poliqueixosos estaria o diagnóstico de um transtorno multisomatoforme, no qual o indivíduo sofre de múltiplas somatizações.

Num primeiro momento as queixas desses pacientes se apresentam gerais e pouco precisas, mas à medida que se especializam nessa atividade, os poliqueixosos aprimoram o discurso e se tornam cada vez mais exigentes. Eles passam a solicitar aos médicos a realização de exames específicos e não saem do consultório sem uma receita, ou seja, com o passar do tempo se não for realizado um diagnóstico que se enquadre nas queixas ou nas dores sentidas pelo paciente e que os tranquilize, esses pacientes podem passar a acreditar que eles realmente têm uma doença que ninguém consegue descobrir (GOMES, 2004).

Neste caso podemos até mencionar que esses pacientes podem vir a se tornar hipocondríacos, e se assim for, podemos considerar a poliqueixa como um estado anterior à hipocondria. Mas para afirmarmos essa teoria teríamos que realizar uma outra pesquisa que fosse longitudinal, ou seja, seria necessário que pesquisássemos alguns pacientes por um certo período

de tempo para saber se o paciente poliqueixoso que não obteve nenhum tipo de tratamento apropriado se tornou um paciente hipocondríaco.

Chammé (1992), em sua pesquisa com os poliqueixosos, verificou que estes apresentam duas características típicas: a narrativa metaforizada dos sintomas e a falta de consciência do problema, ou melhor, ele observou que o processo das poliqueixas acontece de forma inconsciente. Quanto as narrativas metaforizadas este autor indica que mesmo sendo o poliqueixoso, em alguns casos, desprovido de erudição no seu vocabulário coloquial, as metáforas que este paciente constrói são arquitetadas adequando imaginação e fantasia como um recurso para promover a passagem compreensiva do significante ao significado que estão contidos na sua narrativa, ou seja, através da narrativa metaforizada o poliqueixoso deixa transparecer para o seu ouvinte os significados que estão acobertados. Mas, por hora, não vamos nos aprofundar mais neste tema que é bastante denso e não faz parte de nossos objetivos no momento.

O poliqueixoso da mesma forma que o hipocondríaco costuma ser estigmatizado pela família e pelos amigos porque ele se sente doente. Grisotti (2003) aponta que sentir-se doente é um estado psicológico pois, muitas vezes, o indivíduo encontra-se hígido perante a Medicina oficial mas de alguma forma ele se sente interiormente debilitado. Entretanto, sentir-se doente, além de ser um estado psicológico se apresenta também como subjetivo, por exemplo, o diabético tem um problema orgânico, no entanto, nem todos os indivíduos diabéticos se sentem doentes. A subjetividade está na compreensão do indivíduo do seu próprio mundo, sendo que, podemos relacionar a este mundo a cultura a que o indivíduo está inserido, a sua socialização primária e também o momento pelo qual o indivíduo esteja passando. Dessa forma, temos que sentir-se doente é um estado subjetivo que muitas vezes pode ser determinado/condicionado pelo social e que causa problemas psicológicos.

O comportamento poliqueixoso é muito comum e é encontrado tanto nos consultórios médicos privados quanto nos corredores de hospitais. Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP, 2004), no começo dos anos 90, foi observado que os pacientes com características poliqueixosas muitas vezes repetiam a sua queixa em mais de um local no mesmo dia. Ou seja, esse paciente era encontrado num hospital público, mais tarde na fila de algum posto de saúde e depois ainda era encontrado em atendimentos de emergência.

Por ser um assunto muito pouco estudado, não existem dados precisos sobre o universo da poliqueixa na rede do SUS no Brasil, mas os profissionais de saúde alertam que o problema é sério e tem um custo muito alto para o sistema público de saúde, além de congestionar o atendimento nos ambulatórios e prontos-socorros. Apesar de não haver dados precisos há algumas estimativas, como por exemplo, numa pesquisa realizada por Queiroz (1994), na década de 90 que tinha como enfoque principal a prestação de serviços na rede pública da cidade de Paulínea, no interior do estado de São Paulo, os médicos chegaram a estimar que 80% dos casos clínicos que chegavam até eles eram problemas de ordem social que eram somatizados em dores ou indisposições não passíveis de serem tratadas com medicamento ou cirurgia. Segundo Queiroz (1994) este problema é mundial pois, na Inglaterra já existem alguns estudos que indicam que 60% dos casos que chegam até os médicos são problemas de ordem psicológica ou social que extrapolam a competência dos serviços de saúde ingleses. Quanto a extrapolar os serviços de saúde públicos recebemos informação dos médicos que foram entrevistados para esta pesquisa de que os pacientes poliqueixosos são recebidos com certa assiduidade também nos seus consultórios particulares, o que de certa forma não os restringe a uma certa classe social.

Algumas empresas de saúde privada, para evitar prejuízos, chegaram até a desenvolver alguns programas preventivos e de acompanhamento dos poliqueixosos. Temos informações que

a União dos Médicos (UNIMED), que é uma cooperativa de planos de saúde fundada em 1967, criou em 2002 um personagem inspirado na pessimista hiena Hardy, de Hanna-Barbera (dona do bordão "oh dia, oh céus, oh vida, oh azar"), para que o usuário poliqueixoso se identificasse com suas lamentações. As cenas típicas da rotina do poliqueixoso foram reproduzidas em uma palestra-teatro organizada em empresas. A intenção da Unimed era desenvolver uma conscientização entre os funcionários das empresas para que eles utilizassem melhor o serviço médico, revertendo o uso excessivo. Essas palestras foram assistidas por 80 funcionários de duas empresas. Em uma delas, a Unimed conseguiu reduzir a utilização do plano em 23% (UNIFESP, 2004).

Durante a nossa pesquisa para a realização da revisão bibliográfica observamos que alguns profissionais da saúde têm uma tendência muito grande em enquadrar estes pacientes poliqueixosos como sendo portadores do transtorno de somatização da forma como este é apresentado no CID-10¹⁴, mas ainda há muita discussão no que tange à classificação destes pacientes. Mesmo assim alguns médicos acabam encaminhando estes pacientes para os profissionais da saúde mental, os psiquiatras. Mas, segundo Leal (2004), estes também não dispõem de recursos técnicos e até mesmo teóricos suficientes que os habilitem a tratar sozinhos estes pacientes. Este autor explica que isso ocorre pois, o perfil psicopatológico dos poliqueixosos não se amolda nas descrições ou classificações das doenças tradicionais da psicanálise ou da psiquiatria, ou seja, na psiquiatria são encontrados vários transtornos onde caberia o paciente poliqueixoso, mas as classificações dos tais transtornos são geralmente descritivas e não etiológicas, o que dificulta o enquadramento desse tipo de paciente em um dos

¹⁴ 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

transtornos ou doença psiquiátrica e com isso torna-se difícil operacionalizar um plano terapêutico para esses pacientes.

Assim sendo, podemos considerar que as poliqueixas encontram-se ainda em período de definição dentro da ciência médica, e em consequência dessa falta de definição resolvemos adotar o termo transtorno poliqueixoso quando nos referirmos a este tipo de fenômeno neste nosso trabalho de pesquisa. Escolhemos o termo transtorno pois, ele denota desordem, perturbação que pode estar inserida tanto em termos físicos, quanto psíquicos ou sociais.

Também gostaríamos de (re)lançar uma teoria para explicar o transtorno poliqueixoso. Esse (re)lançamento diz respeito à teoria que foi exposta por D`Andréa (1988) na década de 80 para explicar a neurose hipocondríaca, pois que, nesta década ainda não se falava em poliqueixa como um outro tipo de transtorno. Dessa forma, estaremos reutilizando e atualizando a teoria desse autor para explicar a poliqueixa da seguinte forma: as poliqueixas podem ser consideradas como resultantes das dificuldades de alguns indivíduos se relacionarem com o mundo externo fazendo com que eles reproduzam no seu corpo as dores sociais, ou seja, ante uma realidade difícil, adversa, dolorosa alguns indivíduos adotam uma atitude de defesa. Dessa atitude de defesa faz parte deslocar a angústia das emoções para o próprio físico, o que faz surgir as poliqueixas que podem durar pouco tempo ou se tornarem crônicas.

Ampliando um pouco mais a teoria vista acima que a nosso ver explica as poliqueixas ou o transtorno poliqueixoso, podemos considerar que este é resultante de fatores estressores psicossociais¹⁵, que nada mais são que essa tal realidade difícil, adversa e dolorosa. A variedade desses fatores estressores são muito amplas, por exemplo, podemos considerar como fatores estressores: uma doença, luto, divórcio, desemprego, dificuldades financeiras, tensões em casa ou

¹⁵ Estressores psicossociais, segundo a AAP (1995:723), são “qualquer acontecimento ou mudança na vida que possa estar temporalmente (e talvez casualmente) associado com o início, ocorrência, ou exacerbação de um transtorno”.

no trabalho, etc. Mas a forma como cada indivíduo elabora e se adapta a uma realidade difícil ou a um fator estressante varia muito, isto é, um mesmo fenômeno, como por exemplo, o desemprego ou a violência doméstica pode ser um fator desencadeante de poliqueixas em um indivíduo mas não em outro. Dessa maneira temos que a relação entre os fatores estressores e as respostas individuais se mostram subjetivas.

Portanto as poliqueixas podem ser consideradas como uma forma de reação, de enfrentamento e até mesmo de adaptação a certos fatores estressores que estão incomodando um indivíduo. Sendo assim, alguns indivíduos ao se depararem com uma realidade difícil acabam vivenciando-as em seus corpos através de sintomas que se traduzem em queixas sem fundamento e são elas que acabam estabelecendo o transtorno poliqueixoso. Mas esses indivíduos não têm consciência do que está acontecendo, isto é, eles não têm consciência que seus sintomas e suas queixas são provenientes do seu emocional. Assim sendo, esses indivíduos não associam seus problemas psicossociais aos seus sintomas e queixas.

Esclarecemos que não estamos generalizando a forma dos indivíduos vivenciarem certos fatos de suas vidas pois, já foi mencionado que os indivíduos reagem de forma diferente aos vários fatores estressores o que torna impossível que todos os indivíduos se tornem poliqueixosos quando estão frente a uma realidade difícil para eles. Sintetizando nosso pensamento, entendemos que essa tal realidade difícil ou esse tal fator estressor psicossocial, seja ele qual for, são estes que levam alguns indivíduos a se tornarem poliqueixosos e é através das queixas relacionadas ao corpo que eles pedem ajuda ao médico para a resolução dos seus problemas.

O médico por ser considerado na nossa cultura como o detentor do saber sobre a vida e a morte e, muitas vezes, também é considerado como detentor do saber sobre a cura para todos os sofrimentos humanos, além de também compartilhar de certa intimidade com o paciente, é eleito inconscientemente pelos pacientes poliqueixosos como uma espécie de confessor dos seus

problemas sociais. Mas por vários motivos esses profissionais da saúde não conseguem sozinhos resolver os problemas que esses pacientes trazem para os consultórios, sejam eles privados ou pertencentes aos serviços de saúde pública. E então o que fazer? Isso é o que será verificado no 6º capítulo quando estivermos analisando as entrevistas que realizamos com os profissionais da saúde que trabalham no ambulatório do HU.

5.3 - Automedicação e autoprescrição

Habitualmente tanto os hipocondríacos quanto os poliqueixosos sentem-se injustiçados e incompreendidos pelos médicos e parentes que não acreditam em suas queixas. Consideramos que este seja o primeiro passo desses indivíduos para a automedicação e também para a autoprescrição. A autoprescrição é considerada um ato ilegal e muito perigoso para a saúde, ela se refere ao uso de medicamentos que contenham tarja vermelha ou preta na caixa, que só deveriam ser prescritos por médicos e seu uso deveria ser acompanhado por este profissional da saúde.

Já a automedicação, se refere ao ato de ingerir medicamentos que não contenham tarja na caixa e que deveriam ser utilizados por um breve período de tempo, ou seja, se refere ao uso sem receita médica de medicamentos considerados inofensivos pela população em geral, por exemplo: medicamentos para cólicas menstruais, gripes, dor de cabeça, tosse, etc.

Num estudo multicêntrico sobre a automedicação no Brasil, que foi realizado pela OMS na década de 90, verificou-se que a automedicação é praticada principalmente por mulheres entre 16 e 45 anos. Entre os homens essa prática só é freqüente em idades avançadas. Neste estudo, essa predominância do uso de medicamentos entre as mulheres é parcialmente atribuída à

exploração, pela propaganda de medicamentos, dos papéis sociais atribuídos tradicionalmente às mulheres, dentre estes papéis encontramos o de provedora da saúde da família (ARRAIS, 1997).

Numa outra pesquisa realizada no Brasil no ano de 2000, a pedido do Ministério da Saúde, pela Universidade de Campinas (UNICAMP, 2004) sobre o Complexo Econômico da Saúde no Brasil, os pesquisadores chegaram à conclusão que pelo menos 50% das vendas dos medicamentos tradicionais do mercado brasileiro correspondem a automedicação. Em todos os estados da federação brasileira está presente a automedicação.

No âmbito do estado de Santa Catarina houve uma pesquisa na década de 80, realizada por alunos da área da saúde da UFSC, que avaliando a automedicação numa amostra da população de Florianópolis verificou que 61,8% de todas as drogas consumidas por essa população foram realizadas sem receita médica, ou seja, foram automedicadas e autoprescritas pela própria população. Os pesquisadores listaram as seguintes drogas como sendo as mais consumidas em ordem decrescente: analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios; drogas para o tratamento de distúrbios gastrointestinais; antibióticos e antissépticos; e também drogas psicotrópicas que necessitam de prescrição médica e acompanhamento médico pois, causam dependência física e psicológica (MORATO, 1984).

As drogas psicotrópicas são substâncias medicamentosas que agem como calmante ou como estimulante. É interessante mencionarmos que a prescrição pelo médico de drogas psicotrópicas ocorre com maior frequência para as mulheres do que para os homens, segundo Helman (1994) isso acontece pois, as indústrias farmacêuticas promovem estas drogas como solução para os estresses e conflitos, próprios do papel da mulher nas sociedades ocidentais.

Podemos apontar vários riscos na ingestão de medicamentos sejam eles indicados por um médico ou não. O principal risco são os efeitos colaterais dos medicamentos a que todos nós estamos sujeitos, ou seja, todo e qualquer medicamento, tarjado ou não, possui efeitos colaterais

que deveriam ser monitorados por um profissional da saúde, por exemplo: os antialérgicos causam sonolência e dificuldade de concentração; os antibióticos prejudicam rins e fígado e até podem causar surdez; a cortisona provoca pressão alta e úlcera; os antiinflamatórios podem provocar úlcera, gastrite e hemorragia digestiva. Até os suplementos vitamínicos podem ter conseqüências indesejáveis, por exemplo, o excesso de vitamina C em um indivíduo pode levar à formação de pedras nos rins e o das vitaminas A, D, E, K causar lesões no fígado (MORAIS, 2003).

Além desses efeitos colaterais estamos expostos a vários outros riscos quando automedicamos ou autoprescrevemos medicamentos por falta de conhecimento na área farmacológica, como por exemplo: misturar substâncias que não combinam e que acabam desencadeando vários outros efeitos colaterais mais graves; ingerir excessivamente algum medicamento que pode provocar intoxicação e até matar; ingerir medicamentos que causam dependência física e psicológica que dificulta ao indivíduo a descontinuação da substância. E na maioria das vezes a intervenção que deve ser realizada para aliviar os efeitos indesejados de algumas substâncias se dá com o uso de outros medicamentos, o que ocasiona mais complicações para os indivíduos (MORAIS, 2003).

A automedicação é considerada uma prática arriscada mas, segundo a Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP, 2004), essa prática é reconhecida e até recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Abimip alega que no “Expert Committee on National Drug Policies” de julho de 1995, a OMS indica a automedicação responsável desde que o consumo por decisão própria seja apenas de drogas isentas de prescrição, sem tarja preta ou vermelha, além disso o indivíduo tem que ter o cuidado de ler a bula (isso se ele conseguir ler ou souber ler) e disposição para ir ao médico se os sintomas persistirem. Além disso, a Abimip aponta que para a OMS a automedicação

responsável pode contribuir na redução da crescente pressão sobre os sistemas de saúde, principalmente quando os recursos humanos e financeiros são limitados. Infelizmente não nos foi possível encontrar os documentos em que a OMS recomenda a automedicação responsável, mas mesmo assim achamos que deveríamos citar sobre ela neste trabalho pois, observamos que vários pesquisadores e médicos promovem esta recomendação da OMS.

Mas de qualquer forma, percebemos que a automedicação responsável é um assunto polêmico, pois que, para que ela ofereça resultados positivos é necessário que, no mínimo, a população seja instruída e preparada para ela. Além disso, essa automedicação responsável pode vir a mascarar muitas doenças graves que se iniciam com sintomas banais, que enganam o doente e retardam o tratamento dessas doenças que poderiam até ter cura definitiva se recebessem tratamento eficaz desde o seu início.

O mais importante disso tudo é que tanto a automedicação quanto a autoprescrição trazem a tona um dos grandes problemas de saúde pública hoje que é o uso irracional do medicamento decorrente da falta de informação de boa parte da população, que vê nos medicamentos a cura para todos os males inclusive os de ordem pessoal e estética. Para os indivíduos hipocondríacos ou poliqueixosos ambas podem se transformar numa espécie de *hobby*. Aliás, em prol dessas práticas o mercado brasileiro dispunha até 1999, segundo a Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (2004), de mais de 32 mil medicamentos, sendo que, pela OMS 420 produtos seriam suficientes para tratar as mais diversas doenças. O Brasil conta hoje com 541 indústrias farmacêuticas cadastradas, dentre as quais, 42 estão fabricando medicamentos genéricos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS - PRÓ GENÉRICOS, 2004).

Esses fenômenos, automedicação e autoprescrição, recebem a colaboração da mídia, dos laboratórios, e dos próprios pacientes. Da mídia pois, é ela juntamente com os grandes

laboratórios que dá ênfase a propriedades milagrosas de alguns medicamentos e acaba por favorecer o consumo excessivo e descontrolado de remédios sem receita médica. Além disso, segundo Jácome (2004), para incentivar os médicos a prescrever seus produtos os laboratórios destinam um percentual de 30% a 35% de sua receita líquida aos representantes e estes tem como função a divulgação dos remédios para a classe médica e, na maioria das vezes, quando o paciente fica satisfeito com o remédio que foi indicado pelo médico, ele continuará comprando sem voltar ao médico e também passará a indicar o remédio para os amigos e familiares fazendo *marketing* boca a boca. A toda essa conjuntura podemos agregar a própria deficiência do sistema público de saúde que dificulta o acesso e acompanhamento adequado aos doentes. Mas devemos levar em consideração que essas práticas não são relacionadas somente as classes menos privilegiadas que fazem uso do sistema público de saúde, pois que, ela existe também nas classes mais privilegiadas da população.

Os dois fenômenos, da automedicação e da autoprescrição, são mundiais, isto é, não são privilégio dos brasileiros, por exemplo, na França segundo Boltanski (1989), são as mulheres quem mais consomem medicamentos, em geral os produtos mais consumidos são: analgésicos, sedativos e medicamentos digestivos e as queixas mais comuns são, entre outras, as dores indeterminadas e de perturbações psíquicas, ou seja, doenças vagas que só são percebidas se a atenção concedida ao corpo for muito grande e como vimos anteriormente, essas são algumas características do hipocondríaco.

Já nos Estados Unidos, os remédios utilizados abusivamente são aqueles que contém substâncias emagrecedoras, tranquilizantes e anabolizantes. Nesse país se atribui o abuso do consumo desses fármacos à combinação de fatores que medicalizam os problemas sociais, como: desemprego, dificuldades de relacionamento, etc. E também na tendência atual de tratar os

sintomas em vez das causas de problemas como: a obesidade, estresse, déficit de atenção, etc (JÁCOME, 2004).

Para essas pessoas que se utilizam da automedicação e autoprescrição o Brasil se mostra como um paraíso pois, existem cerca de 54 mil farmácias espalhadas pelo país, ou seja, existe uma farmácia para cada três mil habitantes, quando o número preconizado pela OMS é de uma farmácia para cada grupo de 8 mil habitantes. O Brasil responde por R\$ 14,3 bilhões dos 529 bilhões movimentados no mercado mundial de medicamentos. Isso dá uma média de oito caixinhas de remédio para cada brasileiro. Somos considerados o sexto país do mundo no consumo de medicamentos e boa parte dos usuários é formada pelos chamados hipocondríacos e poliqueixosos. Entre os remédios mais preferidos e vendidos sem receita médica estão os antiinflamatórios, os analgésicos e antitérmicos, os antibióticos e as vitaminas. As mulheres se destacam pelo maior consumo de calmantes e reguladores hormonais. O brasileiro gasta, em média, 44 dólares por ano com remédios. O americano gasta, em média, 200 dólares; o francês, 300 dólares (SZKLARS, 2004).

Os países maiores consumidores de medicamentos em unidades (caixinhas) são: Estados Unidos em 1º lugar, em seguida temos Japão, Alemanha, França, Canadá e em 6º lugar o Brasil. Já os maiores consumidores de medicamentos em valores são: 1º lugar Estados Unidos, em seguida Japão, Alemanha, França, Itália, Reino Unido, Canadá, Espanha e finalmente o Brasil em 9º lugar (REVISTA VIRTUAL SAÚDE PLENA, 2004).

A automedicação e a autoprescrição são considerados problemas graves no mundo todo e é claro que ele não diz respeito somente aos hipocondríacos e poliqueixosos, mas esses indivíduos estão muito mais propensos a se envolver com estes fenômenos. No Brasil esse problema encontra-se já institucionalizado na nossa cultura e para reverter este costume necessitaríamos de no mínimo educar as pessoas quanto a isso.

5.4 - Distinção básica entre a hipocondria e as poliqueixas

Durante todo esse nosso trabalho percebemos que são vários os Estilos de Pensamento (EPs) que povoam a história da Medicina e para explicar a hipocondria, atualmente, existem no mínimo dois EPs o que causa certo desconforto para uma definição mais exata dos dois conceitos, de hipocondria e poliqueixas.

A hipocondria por ser um termo muito antigo que foi sendo definido e redefinido através dos séculos, conseqüentemente, ele foi se generalizando na linguagem corrente e hoje representa no senso comum uma mania de doenças. Isso ocorreu devido as queixas dos pacientes que são consideradas pelos especialistas como não tendo fundamento científico e portanto, este transtorno é visualizado, na maioria das vezes, como fora dos padrões normatizados da Medicina científica. A confusão entre os dois conceitos acaba acontecendo justamente por causa dessas tais queixas sem fundamento que aparecem nos dois tipos de pacientes, nos hipocondríacos e nos poliqueixosos.

Dessa forma, observamos que os dois transtornos partem de um mesmo princípio, as queixas. Só que não seguem o mesmo trajeto, ou seja, estes transtornos têm uma distinção básica que nós iremos retratar com um exemplo simplificado: o hipocondríaco perante a sua família e amigos ou quando vai ao médico ele acredita que tem uma doença e que esta é grave e que pode levá-lo a morte. Ele acha, por exemplo, que tem um tumor maligno no estômago e que este já se espalhou pelo corpo todo e que nenhum médico consegue diagnosticar. Geralmente o hipocondríaco se sente perseguido por um órgão e a qualquer sinal deste, ele passa a fantasiar sua morte.

Já o poliqueixoso queixa-se de dores no estômago, também nas costas, nas pernas, mas não acha que tem apenas alguns meses de vida. No poliqueixoso, os sintomas são difusos,

simultâneos e geralmente não têm essa carga catastrófica (UNIFESP, 2004). Além disso a hipocondria é considerada pela maioria dos especialistas como um transtorno psiquiátrico e as poliqueixas são consideradas, pelo menos por enquanto, como um problema de ordem psicológica e emocional (ATTA, 2004).

Nas entrevistas que foram realizadas para esta pesquisa um dos médicos mencionou que as poliqueixas poderiam ser consideradas: “como uma doença não orgânica mas psicológica, como uma dor da alma”. Essa “dor da alma”, segundo os médicos e residentes entrevistados, é na maioria das vezes oriunda de problemas sociais que são somatizados no corpo e extravasados através das queixas e estas não têm fundamento científico.

A nossa tentativa de esquematizar os dois transtornos se dá pois, também somos partidárias da palavra de Sir Thomas Clifford Allbut (1836-1925), médico inglês, quando ele aponta que na linguagem científica a regra ideal é nunca usar duas palavras para expressar a mesma coisa, nem dar o mesmo nome a duas coisas diferentes (BACELAR et alii, 2001).

Dessa forma, observamos que há distinção entre esses dois transtornos e foi a partir desta distinção que nós trabalhamos com os residentes e médicos especializados em clínica médica e que dão atendimento no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, situado em Florianópolis.

Capítulo 6 - Consultando os clínicos do HU

Ser médico é a soma de duas partes: uma objetiva, representada pelos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica; a outra subjetiva, representada pela capacidade de percepção – que o médico deve ter – do ser humano.

Raimundo Pinheiro (1992: 19)

Para melhor compreensão do leitor achamos conveniente dividir esta parte do trabalho, que se refere à análise da percepção médica sobre os dois transtornos, em 3 etapas. Na primeira etapa estaremos apresentando qual a visão dos médicos e dos residentes, com especialização em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU, sobre os dois transtornos, a hipocondria e as poliqueixas.

Na segunda etapa estaremos analisando a visão desses profissionais da saúde em relação ao transtorno de maior incidência no ambulatório do HU que é o das poliqueixas. Nesta etapa também apresentaremos o perfil dos pacientes poliqueixosos que procuram assistência junto aos clínicos do HU, sendo que, este perfil foi apontado pelos próprios médicos e residentes entrevistados para esta pesquisa. Também será verificado como os profissionais da saúde que entrevistamos percebem o paciente poliqueixoso e quais as condutas desses médicos e residentes em relação a esses pacientes.

Na terceira etapa apontaremos o que esses profissionais da saúde pensam que poderia ser realizado dentro do HU para minimizar o sofrimento desse tipo de paciente.

6.1 A percepção médica sobre a hipocondria e as poliqueixas

Neste item do trabalho estaremos apresentando qual a visão dos médicos e dos residentes, com especialização em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU, sobre os dois transtornos, ou seja, o hipocondríaco e o poliqueixoso.

Através deste trabalho de pesquisa percebemos que os médicos entrevistados e que se encontram estabilizados na profissão já há um certo tempo conseguem fazer distinção entre os 2 transtornos. Observemos como um dos médicos expressa essa distinção:

O poliqueixoso é aquele que tem várias queixas de sintomas que ele pensa que tem. O hipocondríaco é mania de doença, ele não trás o sintoma ele já trás a doença. Ele tem medo de ter câncer, se ele tem uma coisinha ele já acha que está com câncer ou ele acha que está com risco de derrame. Então o hipocondríaco é mania de doença, não é por queixa. O outro é só queixa, ele nem sabe que tem aquela doença. Ele queixa do sintoma. O hipocondríaco tem medo da doença e às vezes ele inventa que está com isso, com aquilo, ele inventa uma série de doenças. Quando ele fica bom de uma, ele trás outra doença. Às vezes são pessoas que lêem muito aí aprendem sobre a doença. Tem paciente que precisa da doença para ficar bem na família, receber atenção, eles precisam da doença mesmo.

Já os residentes durante a entrevista semi-estruturada mostraram uma certa apreensão no momento de articular a distinção entre os 2 transtornos. Essa apreensão é conseqüência da pouca experiência na prática médica, aliada a pouca informação que estes residentes recebem no curso de Medicina da UFSC sobre estes pacientes. Observemos como um dos residentes trata essa lacuna no seu aprendizado no curso de Medicina:

Nunca chegam assim para ti na faculdade e falam: ah, assim, assim, assado, tem esse paciente hipocondríaco, não. Mas quando tu começa a colocar a mão na massa tu vais aprendendo indiretamente, até pela conta do *staff*, a lidar e a identificar.

Esse mesmo residente até mencionou o seu estremecimento por ter realizado um diagnóstico errado num paciente, vamos verificar como isso aconteceu:

Uma vez eu fiquei abalada na emergência, peguei uma paciente que dava dando piti. Não conseguia ficar de pé, só chorava, só chorava, piti. Que nada guria era uma neurotoxoplasmose¹⁶, essa mesmo me pegou. Eu achei que era DNV [distúrbio neurovegetativo], botei na ficha DNV, mas não era, era uma neurotoxoplasmose. Depois disso eu acho que eu fiquei me policiando mais. Mas é bom, à gente aprende, a gente pensa que...

(...) aí ela ficou, eu deixei porque estava largando o plantão naquela hora. Ela ficou, foi internada, foi feito a tomo, nisso era neurotoxoplasmose, é bom porque daí eu aprendi com o meu erro. Depois disso eu comecei a valorizar mais algumas coisas que eu não valorizava antes, eu comecei a me esmerar mais em algumas coisas que eu não me esmerava. Agora olho, faço exame neurológico antes e aí depois eu digo ah! é piti. Descarto tudo aí é o piti.

O distúrbio neurovegetativo conhecido também como piti era utilizado, até algum tempo atrás, para nominar um quadro clínico indefinido no qual um sintoma psíquico era associado a queixas orgânicas sem alterações físicas. Na impossibilidade de diagnosticar uma patologia precisa alguns médicos ainda lançam mão desse termo que acabou, de certa maneira, gerando vários sinônimos, ou seja, muitos médicos utilizam os termos DNV, piti, peripaque, poliqueixoso e mesmo hipocondríaco para denominar pacientes que têm vários sintomas mas não apresentam alterações fisiológicas que os explique. Qualquer um desses termos, sendo utilizados isoladamente ou não, depende somente do profissional da saúde e do seu envolvimento com um certo Coletivo de Pensamento que adotou um, ou até mais de um destes termos como sendo eficiente para explicar uma patologia sem causa orgânica, isto é, uma causa não identificável através de exames.

Os residentes por manterem um contato maior com a emergência apontaram que este é o local preferido, dentro da instituição hospitalar, dos indivíduos que são portadores de alguns dos transtornos somatoformes para extravasar suas queixas:

Ah! Eles adoram a emergência, porque não tem que marcar, então a hora que sentir vontade... Ah vem! É impressionante, assim nos horários mais insólitos: sábado à tarde, no domingo à tarde quando era para estar em casa descansando.

¹⁶ Infecção causada pela reativação do protozoário *Toxoplasma gondii*. No paciente soropositivo para o HIV, costuma cometer o sistema nervoso.

Inclusive um dos residentes entrevistados citou o caso de um paciente que foi atendido primeiramente na emergência e que mais tarde foi considerado hipocondríaco:

Teve um paciente que veio na emergência e relatou uma história para o médico da emergência que... O médico da emergência realmente pensou... Ele encaminhou urgente para o ambulatório que ele estava com câncer no colo retal que é uma doença grave, foi o que ele relatou realmente. Ele estava emagrecendo muito, as fezes estavam alteradas, tudo o que ele falava levava a crer que ele estava com essa doença. Ele encaminhou, ligou para mim, disse: “posso mandar” e eu falei: “encaminha eu atendo”. Quando eu atendi ele, sabe quando tu não põem fé, não botei fé. Eu disse não, não é, não pode ser assim, eu estou achando esse paciente esquisito, sabe assim quando você fala: “isso não é doença, isso não pode ser”. Quando eu sinto mesmo eu já pego e interno na mesma hora, mas esse eu vi que não. Aí eu peguei e tudo bem, pedi a rotina do laboratório, pedi toda uma investigação e dei retorno autorizado para esse paciente: “vais voltar tal dia aqui para mim”, vamos supor, ele consultou no dia 5 e no dia 25 era para ele voltar que dava tempo dos exames ficarem prontos. Pois deu acho que 3 dias da minha consulta eu fiquei sabendo que ele foi procurar o dr [...] no ambulatório falando a mesma história, porque quando ele contava aquela história se tu prestasse atenção nele, se não parasse para conversar tu ficava apavorada pensava que ele estava morrendo. O dr [...] internou na mesma hora. Ele não confiou em mim foi atrás do outro médico. Mas qual foi à conclusão do dr [...]: “ao psiquiatra”. Ele fez toda a investigação: foi feito colonoscopia, endoscopia, tudo, e ele estava normal, então tu vê assim que realmente... Ele fez uma novela daquilo tudo que ele tinha. A investigação foi toda normal e ele foi mandado para o psiquiatra.

Através desta pesquisa verificamos que alguns médicos e também residentes têm uma preocupação constante em determinar uma causa específica para um sintoma, ou para uma queixa do paciente. Muitas vezes as queixas dos pacientes não se traduzem em avarias no organismo e só depois de muitos exames e até exames desnecessários, é que os médicos realmente descartam qualquer possibilidade de não haver uma doença na forma que conhecemos comumente, ou seja, doença com causa orgânica específica. Isso ocorre porque na maioria das escolas de Medicina o médico é socializado para procurar uma causa, isto é, a maioria dos cursos ainda estão calcados no Estilo de Pensamento organicista/biologicista na forma que foi configurado no relatório Flexner, que foi citado no 2º e 3º capítulos deste trabalho.

Quanto a isso Cutolo (2001) nos informa que este EP biologicista/organicista continua ainda influenciando muito na formação dos novos médicos tanto no curso de Medicina da UFSC como em outros cursos no Brasil. Mas segundo o autor, este EP não é único dentro do curso de Medicina da UFSC pois, está em vias de cristalização um novo EP que ele denominou de Saúde Coletiva e que incorpora elementos dos 3 grandes EPs que tratamos na primeira parte deste trabalho, que são: o biologicista/organicista, o médico social, o higienista/preventista. Nesta nossa pesquisa verificamos que este novo EP também está sendo apreendido gradualmente pelos médicos que trabalham no HU.

Mas, não podemos deixar de mencionar que essa coexistência dentro do ambulatório do HU de vários CPs, muitas vezes, ocasiona dúvidas e insegurança quando se faz necessário que os residentes façam um diagnóstico dos tipos de transtornos que estão sendo pesquisados neste trabalho, pois que, cada um dos CPs que coexistem no HU avaliam as poliqueixas de forma variada, observemos um dos residentes tentando explicar suas dificuldades:

A gente fala sobre patologias e isso não é visto como uma patologia no currículo, então... Tu aprende subjetivamente. Tu aprende nos trancos e barrancos, vendo como os outros tomam como condutas e vai elaborando a sua própria baseada em nada. Simplesmente naquilo que tu está disposto a fazer, porque ou tu atribui ao paciente uma causa, como uma fibromialgia que daí é uma forma de tu se escorar para começar um tratamento com antidepressivo, por exemplo; ou tu acha uma depressão menor; ou um transtorno de ansiedade; ou um TOC¹⁷ (Transtorno Obsessivo-Compulsivo); ou tu rotula o paciente, então tu alhana poliqueixoso, hipocondríaco não tem nada, não encaixa ele em nenhum lugar.

De um modo geral os pacientes quando procuram os médicos com uma queixa, ou com um sintoma eles querem ser tratados, eles querem fazer exames, querem remédio, enfim querem um diagnóstico e no caso dos pacientes poliqueixosos e hipocondríacos é bastante acentuada esta

¹⁷ Transtorno Obsessivo-Compulsivo é um transtorno caracterizado por idéias obsessivas e /ou por comportamentos compulsivos que o indivíduo é incapaz de evitar, a despeito de suas tentativas.

necessidade de fazer exames, eles necessitam procurar por uma doença em seus corpos que na realidade não existe na forma como eles esperam, ou seja, esses pacientes têm sintomas e estes são reais para ele, mas a doença orgânica esperada é irreal, observemos um dos residentes tratando deste tema:

Tu vê que eles ficam muito satisfeitos quando tu pede exame. Alguns tu tem que convencer, tipo aquele paciente que bateu a cabeça e ele quer fazer um raio-X de qualquer forma. Ele bateu a cabeça há 15 anos atrás mas ele acha que o raio-X vai... Às vezes tu pede, tu pede porque tu vê que pedindo o raio-X tu vai estar resolvendo o problema dele, entende. Isso acontece na emergência também, tipo, às vezes tu está na emergência e tem aquele paciente que vai na emergência porque ele quer fazer o raio-X e enquanto tu não faz o raio X... Tu acaba pedindo porque sabe que ele vai voltar 5 vezes na emergência enquanto tu não fizer. É assim mesmo no ambulatório, tem coisas é claro que tu não vai ficar pedindo exame absurdamente, mas tu vê que enquanto não pedir ela vai procurar 70 médicos até que vai ter o último que vai pedir. Tu vê que aqui eu peço, é claro que eu não vou pedir uma ressonância magnética. A partir do momento que é um exame que não vai ter risco para o paciente, um exame que dá para fazer... Às vezes até a gente brinca que é o eletroterapeuta, a pessoa só de estar fazendo o eletro já fica tranqüila.

Observamos que alguns médicos são conscientes quando se trata de saber se há necessidade da realização de um certo exame, mas isso infelizmente não se constitui em regra geral. O abuso na realização de exames é tão exagerado no Brasil que em 1997 um dos maiores laboratórios de São Paulo montou uma equipe de profissionais para orientar os médicos em relação à solicitação de exames diagnósticos. O objetivo do laboratório era de evitar que os médicos solicitassem exames desnecessários ou até mesmo equivocados.

Comentando a iniciativa deste laboratório Moraes (1997) aponta que mais da metade dos exames solicitados pelos médicos não são nem vistos pelo profissional que os pediu, sendo que, uma boa parte desses exames se constituem de resultados negativos e outra grande parte não são interpretados com o conhecimento necessário. Sintetizando a visão deste autor, isso ocorre porque os jovens, além da imaturidade e insegurança próprios de alguém que está iniciando a carreira, não estão sendo preparados adequadamente pelas escolas de Medicina. Atualmente o

que se torna mais assustador para a sociedade em geral é a idéia de que mesmo que o paciente não apresente nenhum problema físico nos exames muitos médicos, mesmo assim, acabam receitando algum tipo de medicamento. Esta prática pode ser considerada como um ponto de partida para as doenças iatrogênicas, isto é, aquelas que são causadas por tratamentos médicos inadequados. Neste caso consideramos que muitas vezes o paciente tem também responsabilidade por esta medicação desnecessária pois, muitos deles chegam a pressionar o médico para que este prescreva alguma droga e quando o médico se nega a prescrever alguma droga, dependendo do paciente, este passa a duvidar do saber do profissional.

Em contrapartida muitos médicos, talvez os mais tarimbados na profissão, percebem durante o relato do paciente que ele está somatizando em suas queixas um problema social:

(...) todo paciente que tem muitas queixas eu já vou bem direto: “aconteceu alguma coisa hoje”, eu sempre pergunto. Porque às vezes eles chegam com palpitação, com a pressão levemente assim... Eles vêm todo tremulo, tal. Se a gente perguntar isso: “o que aconteceu hoje, você está com algum problema?” Se perguntar isso, a maioria deles vão relatar um episódio, entendeu.

Ao mesmo tempo que o médico percebe que o seu paciente está somatizando através do corpo um problema psicossocial, ele mesmo assim acaba solicitando que o paciente realize alguns exames como forma de tranquilizá-lo: *“Enquanto não manda fazer exame eles não sossegam, eles têm necessidade... Perde mais tempo explicando porque não deveria fazer do que fazendo exame”*.

A maioria dos pacientes geralmente se tranquilizam ao saber que os exames foram satisfatórios, ou seja, deram negativo. Mas existe aqueles pacientes que não se tranquilizam, eles não acreditam no resultado dos exames, sendo assim, eles pedem para que o médico faça outros exames ou então eles procuram outros médicos para fazer novos exames. Observemos como este médico cita a frustração dos pacientes em consequência de não ter sido apontada nenhuma

doença nos seus exames: *“Ah! eles ficam bem frustrados, geralmente eles procuram outro médico, outro especialista até achar alguma coisa. A busca deles é uma doença que na cabeça deles existe, então enquanto não encontrar..”*.

Nas entrevistas realizadas observamos que tanto os médicos quanto os residentes têm muito cuidado para não rotular os pacientes portadores de transtorno hipocondríaco e também os poliqueixosos, observemos um dos médicos falando sobre isso:

Numa consulta não dá para dizer que o paciente é poliqueixoso ou hipocondríaco. É preciso fazer uma boa anamnese, completa como a dos padrões da academia, mais um bom exame físico associado a exames orientados, bem orientados de acordo com as queixas e sinais encontrados. Orientados também com a lista de problemas e possível lista de diagnósticos. Não dá para por o rótulo de poliqueixoso virar as costas e dar um diazepam, um valium, uma coisa assim, não justifica. Depois de um período é que a gente vai ver que ele é um poliqueixoso mesmo, porque ele reclama sempre das dores e acaba sendo rotulado como tal. Mas eu não gosto de fazer esse rótulo, se possível.

Também não faz parte da prática dos médicos e residentes entrevistados anotar no prontuário dos pacientes esses dois termos, caso eles observem que o paciente se encaixe em um deles. Esse cuidado se deve, em parte, para não haver estigmatização do paciente. Mas por outro lado, essa conduta faz parte da própria defesa do médico pois, eles demonstraram preocupação e certa insegurança com a possibilidade desse paciente vir, caso adoença mais tarde, questioná-lo ou até mesmo processá-lo por negligência:

(...) quando tem aquela queixa que pode ser repetitiva a gente procura ver se está ali um problema que a gente pode negligenciar ou impericiar como uma atitude neurótica e tratar como: “olha que poliqueixoso, olha que hipocondríaco, mais um hipocondríaco”. Porque é perigoso você diz que o paciente é poliqueixoso e daqui a 3 meses aparece um “brocotoma” deste tamanho no fígado.

Atualmente o cidadão cômico de seus direitos sabe que pode processar um médico por erro ou falha no exercício da profissão. Esse direito nos foi dado com o advento da Constituição de 1988 que garantiu a indenização por dano moral e material e também com o advento do

Código de Defesa do Consumidor. O erro médico consta no artigo 29 do Código de Ética Médica (CFM, 2005) como sendo a prática de atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados por: imperícia, quando o médico não é habilitado para realizar determinado procedimento; imprudência, quando o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para o seu procedimento; e negligência, quando o médico não oferece os cuidados necessários ao paciente. Não queremos entrar no mérito desta discussão pois, ela é polêmica e consideramos que ela deve ser vista sob dois ângulos. Um deles se refere aos maus profissionais que estão sendo formados em escolas de Medicina que se proliferam até mesmo sem ter autorização do MEC para o seu funcionamento e por outro lado, se proliferam as máfias de advogados em busca de indenizações para seus clientes. Não aprofundaremos mais o tema, pois que, este por si só exigiria uma investigação e não é nossa intenção tratá-lo nesta pesquisa.

Voltando ao nosso tema, verificamos que na percepção de um dos médicos entrevistados a mídia televisiva acaba influenciando muito o comportamento da população em geral quando exibe reportagens referentes a algumas doenças. Este tipo de discussão, onde se enquadram os meios de comunicação e o comportamento social é muito amplo e continua a ser discutido por vários autores, mas nós neste trabalho não temos a intenção de nos prolongarmos neste tema. Mas gostaríamos de lembrar aos leitores que na área da saúde os meios de comunicação são muito importantes pois, são eles que esclarecem a população sobre a prevenção das mais variadas doenças, haja vista a campanha da AIDS realizada pelo Ministério da Saúde do Brasil e a campanha contra a dengue. Mas por outro lado a mídia também pode influenciar alguns indivíduos no que diz respeito aos sintomas das doenças, principalmente daquelas doenças da moda, mas não podemos aferir esse fenômeno sem que haja uma pesquisa voltada para este fim.

6.2 O transtorno de maior incidência no HU

Nesta 2ª etapa estaremos analisando a visão dos médicos e residentes, especializados em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU, em relação ao transtorno de maior incidência dentro do ambulatório do HU, ou seja, o transtorno poliqueixoso. Inclusive estaremos identificando o perfil desses pacientes que procuram assistência junto aos clínicos do HU, sendo que, este perfil foi apontado pelos próprios médicos e residentes entrevistados nesta pesquisa, voltamos a dizer que no HU não há estatísticas quanto a esse tipo de paciente, portanto estamos trabalhando somente com a percepção médica dos profissionais que foram entrevistados para esta pesquisa. Junto a esse perfil estaremos também mostrando como os médicos e residentes entrevistados percebem o transtorno poliqueixoso e também como eles percebem esses pacientes. Isso se dará de forma conjunta pois, teríamos certa dificuldade em separar a visão médica no que se refere ao transtorno e aos portadores dele, inclusive estaremos apontando as condutas dos médicos e residentes em relação a esses pacientes.

Na primeira parte do trabalho de campo desta pesquisa nos dedicamos em conhecer, através dos dados coletados num questionário que foi respondido pela maioria¹⁸ dos médicos e residentes especializados em clínica médica, quais são os maiores freqüentadores do ambulatório do HU entre os dois tipos de pacientes, ou seja, hipocondríacos e poliqueixosos. Segundo os médicos pesquisados identificamos que a freqüência maior no ambulatório do HU é de pacientes poliqueixosos. Isso não quer dizer que o ambulatório do HU não seja freqüentado pelos hipocondríacos, mas a maioria dos médicos e residentes consideram que este tipo de paciente é menos freqüente no ambulatório do HU. Somente um dos médicos contabilizou a freqüência dos

¹⁸ Conforme foi especificado na introdução deste trabalho um dos médicos deixou de responder ao questionário e outro só respondeu as primeiras questões.

dois pacientes numa média de 50% para cada um deles, talvez isso ocorra no atendimento específico deste médico, pois que, ele atende muitos pacientes aidéticos e a Aids, assim como o câncer, é uma dessas doenças das quais os pacientes hipocondríacos temem bastante. Aliás, essas duas doenças foram as mais citadas pelos médicos e residentes que entrevistamos como sendo as mais temidas pelos hipocondríacos atendidos no HU.

Entre os 7 médicos e 9 residentes entrevistados para esta pesquisa, verificamos que eles atendem juntos uma média de 2300 pacientes por mês no ambulatório do HU e a maioria deles apontou que, mais ou menos, 10 pacientes atendidos por mês, por cada um deles, são pacientes com características poliqueixosas. Observemos abaixo a **tabela representativa do número de pacientes poliqueixosos atendidos por mês no HU**, segundo as indicações dos médicos e residentes entrevistados:

<i>número de poliqueixosos/mês</i>	<i>residentes</i>	<i>médicos</i>	<i>total</i>	<i>Percentual (%)</i>
1 a 10	7	4	11	68,75%
11 a 20	2	1	3	18,75%
21 a 30	0	1	1	6,25%
mais de 30	0	1	1	6,25%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

Sendo assim, contabilizamos um total de 160 (7%) pacientes poliqueixosos por mês transitando pelo ambulatório do HU. Essa porcentagem que chegamos, de 7%, se refere somente aos pacientes poliqueixosos atendidos pelos médicos e residentes especializados em clínica médica que foram entrevistados para esta pesquisa, ou seja, não se refere a um cômputo geral desses pacientes no ambulatório do HU. E foi assim que os pacientes poliqueixosos se

transformaram no nosso objeto central nas entrevistas semi-estruturadas que realizamos com os médicos e residentes na segunda parte do nosso trabalho de campo.

6.2.1 Os poliqueixosos no HU

Começaremos esta parte relatando que os médicos e residentes entrevistados apontaram que têm aumentado ultimamente o número desse tipo de paciente no ambulatório, segue abaixo **tabela representativa do aumento do número de pacientes poliqueixosos no ambulatório do HU:**

<i>aumento do nº de poliqueixosos</i>	<i>residentes</i>	<i>médicos</i>	<i>total</i>	<i>percentual (%)</i>
sim	7	3	10	60,00%
não	2	4	6	40,00%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

Acreditamos que o poliqueixoso a exemplo do hipocondríaco sempre existiu, como foi visto ao longo do 2º capítulo desta dissertação, só que nas últimas décadas este tipo de paciente encontra-se mais visível para os médicos e para toda a sociedade devido a maior facilidade do próprio acesso ao sistema público de saúde. Portanto não iremos entrar no mérito de que o transtorno poliqueixoso seja um problema da modernidade ou da alta modernidade. Pretendemos deixar esta discussão para outros autores, pois, infelizmente é impossível abarcar todos os temas numa dissertação mestrado. Além disso, esse é um tema que não está configurado em nossos objetivos específicos.

Os entrevistados também apontaram que os pacientes poliqueixosos retornam diversas vezes ao ambulatório, vejamos abaixo a **tabela representativa quanto ao retorno dos pacientes poliqueixosos ao médico:**

retorno dos pacientes ao médico	residentes	médicos	total	percentual (%)
sim	7	6	13	81,25%
não	2	1	3	18,75%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

Observemos como um dos residentes se expressa quanto a isso: “(...) *muitos desses pacientes a gente vê assim que eles retornam de 3 em 3 meses. (...) alguns retornam com outras queixas, aquela melhorou mas apareceu outra nova*”. Ainda outro médico cita que: “*Tem paciente de carteirinha*”.

Existem pacientes que mudam as queixas, mas a maioria costuma repeti-las e o médico, como ser humano dotado de imperfeições como qualquer outro, se sente incomodado com as idas e vindas desse paciente e também chega até a ficar um tanto irritado com as queixas sem fundamento: “*eu tento dar um breque, no sentido de: não dá para falar de outra coisa, será que o seu depoimento não pode ser mudado?*”.

Um dos residentes deixa transparecer que os pacientes poliqueixosos desgastam um pouco a relação médico-paciente quando levam para o consultório médico seus problemas sociais, sua realidade difícil:

Infelizmente a gente às vezes fica com raiva de ter que atender essas coisas, mas eles estão sofrendo, sabe, eles precisam de ajuda, muitos precisam, muitos, muitos. Muitos não têm como melhorar porque amam o marido de paixão e o marido destrata, bebe, tem outra, e tu sabe que não vão sair desse buraco nunca, mas vem roubar o teu carinho para ver se ameniza um pouco.

Mas qual o motivo desses pacientes sempre retornarem ao médico, segundo a percepção de um dos residentes:

O retorno [dos pacientes poliqueixosos] eu acho que é uma forma de fazer um vínculo, de nunca poder te largar. Sempre tem que ter alguma coisa, ter vínculo, e eles sempre têm que estar aqui contigo, eu acho que pode ser isso. Nunca estar bem, para estar sempre por aqui. Eu acho assim, que de repente, tu não pode estar sempre bom, porque se tiver sempre bom, tu acha que daí o médico não vai mais te ver tão freqüentemente. É uma forma de tu se atrelar ao médico, de ter aquela válvula. De repente, o médico nesse caso é a tua válvula. O médico é tua válvula de sentar, conversar, de falar que está com dor, receber atenção do médico, o médico te dá esse contato físico que é o exame. Então de repente, tem paciente acho que precisa disso, então eu acho que nunca quer estar bem e fica... Está sempre por aí. O nosso toque para eles é uma forma de carinho, eu acho.

Nesta fala observamos que o vínculo a que este residente se refere é um vínculo afetivo, onde o paciente procura uma relação mais afetiva com o médico. A constituição dessa relação afetiva é que faz com que os pacientes confessem seus problemas, suas dores e seus sofrimentos ao médico. Mas deixaremos esta discussão para mais adiante, ou seja, para a 3ª etapa desta análise, quando estaremos investigando o que os médicos e residentes acham que os poliqueixosos esperam deles.

Durante o nosso trabalho de pesquisa pedimos para que os médicos e residentes classificassem o transtorno poliqueixoso, para isso listamos no questionário (que se encontra nos apêndices) 6 classificações: doença, transtorno psiquiátrico, disfunção psicossomática, comportamento social, patologia social, perturbação ocasional e deixamos em aberto para que eles mencionassem mais alguma se fosse necessário. Alguns médicos mencionaram duas classificações para o transtorno. Observemos a **tabela representativa quanto à classificação do transtorno poliqueixoso** realizada com as indicações dos entrevistados:

<i>diagnósticos</i>	<i>residentes</i>	<i>médicos</i>	<i>total</i>	<i>percentual (%)</i>
doença	2	2	4	21,05%
comportamento social	1	1 (+1)	3	15,79%
disfunção psicossomática	3	2 (+1)	6	31,58%
transtorno psiquiátrico	3	1 (+1)	5	26,32%
patologia social	0	1	1	5,26%
perturbação ocasional	0	0	0	0,00%
Total	9	7 (+3)	19	100,00%

Fonte: dados primários

Através das respostas dos médicos e residentes pesquisados conseguimos identificar que ambos quando se fala em poliqueixas ainda não sabem como classificá-la. Talvez porque seja um transtorno que está obtendo uma visibilidade maior nos últimos anos e que ainda não existe uma classificação oficial para ele. As classificações mais relevantes, entre os médicos e residentes entrevistados, ficaram entre um transtorno psiquiátrico e uma disfunção psicossomática. Um dos médicos, que citou as duas classificações para o mesmo transtorno, apontou que:

(...) ele pode ter uma disfunção psicossomática, ele pode jogar o sintoma psíquico para o corpo, então ele é um psicossomático. O psicossomático está dentro do psiquiátrico. Do ponto de vista psiquiátrico é um indivíduo com transtorno, tipo de uma neurose.

Ao mesmo tempo os médicos e residentes apontam que as poliqueixas ou transtorno poliqueixoso é um estado patológico, ou seja, eles não consideram esse transtorno como um estado normal, vejamos abaixo a **tabela de avaliação das poliqueixas quanto a ser um estado patológico ou normal**, conforme as respostas dos entrevistados:

<i>estado do fenômeno</i>	<i>residentes</i>	<i>médicos</i>	<i>total</i>	<i>percentual (%)</i>
normal	2	0	2	12,50%
patológico	7	7	14	87,50%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

Observemos um dos residentes abordar o assunto: “É patológico porque é uma forma de tu mostrar que não está sabendo lidar com os teus problemas, com suas adversidades e aí tu estás canalizando isso no teu corpo, isso não é saudável”. Percebemos que este residente não está se referindo a um estado patológico do corpo objetivo, biológico, mas está se referindo a um estado patológico do corpo subjetivo, onde o indivíduo ressalta através do seu próprio corpo os seus sentimentos e sensações. Isso acontece pois, quem determina o seu estado de saúde ou doença é o próprio indivíduo¹⁹, ou seja, ambos, saúde e doença são estados subjetivos e no caso dos médicos do HU eles aceitam as várias queixas como doença porque o indivíduo ao procurá-los se sente doente e necessita de um tratamento. No caso deste residente percebemos que ele está realizando uma avaliação mais centralizada no indivíduo, esta avaliação não é de ordem quantitativa, mas qualitativa.

Por outro lado ao observarmos a resposta de um dos médicos verificamos que este amplia a noção de normal e patológico para um outro nível de discussão, ou seja, ele considera as poliqueixas um estado patológico pois, é *“uma reação anormal a um estresse cotidiano. Porque tem pessoas que são submetidas a um stress muito maior e não reagem assim. Então eu acho que é um desvio do emocional”*. Neste caso entendemos que este médico faz uma avaliação mais comparativa, onde se apresenta uma comparação entre as formas de reações subjetivas dos indivíduos.

É importante mencionarmos que em boa parte das definições sobre os conceitos de normal e patológico, que já foram investigados em diversas áreas como: a Sociologia, a Antropologia e a clínica médica, estes conceitos são considerados noções opostas, onde a normalidade é comparada à saúde, ou melhor a uma média estatística. Quando se fala de normal estatisticamente não se está avaliando o contexto em que o sujeito está inserido e muito menos

¹⁹ Esta discussão já foi realizada no final do 2º capítulo desta dissertação.

está se avaliando a subjetividade destes indivíduos. Só estão sendo considerados vários indivíduos simultaneamente o que acaba demonstrando a imprecisão deste tipo de avaliação que não leva em conta as subjetividades. Segundo Canguilhem (1995:145), "A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente"

No caso da percepção médica sobre as poliqueixas observamos que os entrevistados a consideram um estado patológico tanto frente a indivíduos que não apresentam essa reação quando expostos a problemas emocionais, ou seja, numa comparação de certa maneira quantitativa. E mesmo quando há uma avaliação individual, qualitativa, as poliqueixas são também consideradas como um estado patológico pelos entrevistados. Considerando que esta é uma discussão muito ampla para ser realizada neste momento, pois, além da falta de tempo a pesquisadora necessitaria, para fazê-la, de maior conhecimento teórico sobre o tema, achamos que ela possa ser adiada para outra oportunidade onde possamos estender um pouco mais essa discussão no que se refere ao transtorno poliqueixoso.

Passaremos agora a relatar as queixas mais frequentes dos poliqueixosos que foram apontadas pelos médicos e residentes entrevistados, são elas : angústia, ansiedade, cefaléia, desânimo, dores abdominais, dores articulares, dores generalizadas, dores ósseo musculares, formigamento pelo corpo, fraqueza, insônia, medo, palpitações, perda de apetite, tontura e tremores. Dentre estas, as mais citadas pelos entrevistados foram a cefaléia, dores articulares e dores generalizadas (vide tabela 1 nos apêndices). Todas essas queixas não apresentam correlação no exame físico realizado pelos médicos no consultório e tampouco apresentam correlação em quaisquer outros exames que os médicos acabam solicitando para confirmação de que tudo está bem com o paciente. As vezes pode até surgir um problema nos exames mas nada que confirme as queixas citadas pelo paciente.

A falta de achados positivos nos exames complementares, muitas vezes funcionam como uma senha para o descompromisso do médico para com o paciente. Mas o que se percebe é que o paciente continua insistindo em sua dor e sofrendo com ela. Sendo assim, muitos médicos acabam encaminhando o paciente poliqueixoso para o profissional de saúde mental, mas não são todos os pacientes que concordam em ir procurar um psiquiatra. Os que concordam, muitas vezes chegam ao psiquiatra se sentindo rejeitado pelo médico que o encaminhou, ele também poderá sentir-se desnorteado com a idéia que lhe foi imputada de que não tem nada, mesmo continuando a padecer de suas dores, Leal (2004) chama isso de “síndrome do nada”. Essa síndrome muitas vezes ocasiona um outro problema para o paciente, isto é, se ele não tem nada porque foi enviado a um psiquiatra? Essa dúvida pode deixar o paciente ficar atormentado pelo pensamento de que tenha algo muito mais grave, talvez até uma forma de loucura, já que o psiquiatra no senso comum trata dos loucos.

A maioria das queixas que vimos acima também estão presentes numa síndrome descoberta recentemente pelos médicos, estamos falando da fibromialgia e verificamos nas entrevistas que realizamos com os profissionais da saúde que eles muitas vezes acabam diagnosticando o paciente poliqueixoso como sendo portador de fibromialgia, observemos o depoimento deste médico: *“Geralmente é fibromialgia, que deram o nome de fibromialgia, que na realidade é um depressivo”*. Como vimos no 5º capítulo o transtorno poliqueixoso encontra-se ainda sem definição oficial, quanto a fibromialgia, os médicos pesquisadores estão ainda construindo a sua definição, talvez por isso haja certa confusão para diagnosticar pacientes que apresentam as mesmas queixas. Ao entrevistarmos um dos residentes, este acabou admitindo que há essa confusão no momento do diagnóstico de um paciente fibromiálgico, pois que, esta doença reumática é de difícil detecção e tem as mesmas características das poliqueixas, ou melhor as queixas dos fibromiálgicos e dos poliqueixosos são praticamente as mesmas e, dessa forma, o

fibromiálgico muitas vezes é considerado um paciente com transtorno poliqueixoso porque não houve a detecção da doença fibromialgia, e em contrapartida muitos pacientes que foram considerados pelos médicos como poliqueixosos podem ser portadores de fibromialgia.

Observemos a descoberta deste residente:

Até hoje a gente teve aulinha sobre a fibromialgia, quantas pessoas acham que a fibromialgia não é uma manifestação psicossomática? O reumatologista falou que não, não é. É uma doença reumatológica patati, patata... Muitas vezes ela está ligada a distúrbios do sono ou a depressão. A gente até fala: “paciente muito poliqueixoso, ah! padrão fibromiálgico”.

Olhando sob um outro ângulo talvez possamos dizer que a intenção dos médicos em diagnosticar um paciente poliqueixoso como fibromiálgico possa ser encarada como uma forma que os profissionais da saúde encontraram para continuar tratando este paciente, já que não há condições materiais para que eles possam fazer um diagnóstico mais preciso em ambos os casos.

Vamos tentar explicar ao leitor o porquê dessa confusão, consultando uma especialista em fibromialgia. Primeiramente devemos esclarecer que até bem pouco tempo atrás a fibromialgia era considerada uma manifestação psicossomática, hoje se sabe que ela é uma doença reumática. Segundo Mariano (2004) a fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor músculo-esquelética difusa, ou seja, os pacientes acometidos de fibromialgia queixam -se de dor no corpo todo. Esta doença acomete 2% da população, sendo que, 80 a 90% desses pacientes são do sexo feminino com idade média variando entre 30 a 60 anos. Ela também acomete crianças, idosos e pacientes do sexo masculino, mas nestes a frequência desta síndrome é bem menor. A fibromialgia é uma doença real, mas ela não causa deformidades e nem mesmo deficiência física. Conforme esta médica, que é especialista em fibromialgia, além da dor persistente, a maioria dos pacientes apresentam:

() fadiga e cansaço extremo, distúrbios do sono, cefaléia de caráter tensional ou do tipo enxaqueca, formigamento nos braços e pernas (muitos pacientes procuram o pronto socorro acreditando que estão tendo um infarto do coração

ou derrame cerebral), sensibilidade ao frio referindo que suas dores pioram no inverno, vertigem, dificuldade de concentração, boca e olho seco, batedeira no peito, sensação de inchaço no corpo, tensão pré-menstrual e irritabilidade²⁰.

Geralmente esses pacientes também sofrem de distúrbio do humor, onde são destacadas a ansiedade e a depressão. Os exames laboratoriais que são realizados indicam uma normalidade quando a doença encontra-se em estado primário. Assim sendo, o seu diagnóstico é clínico e deve ser feito por um especialista que conheça a doença. Ela é uma doença que ainda está sendo estudada pelos médicos pesquisadores. Mariano (2004) aponta que alguns pesquisadores, ou melhor alguns CPs acreditam que os sintomas da fibromialgia decorrem de algumas alterações nos mecanismos de modulação da dor. Para estes pesquisadores nos pacientes fibromiálgicos há um desequilíbrio entre os níveis da serotonina, que é uma substância analgésica, e algumas outras substâncias que se encontram no sistema nervoso central o que ocasiona muitas dores. Há outro CP na área médica que atribui a percepção dolorosa a importantes regiões do cérebro.

O tratamento para esta síndrome divide-se em farmacológico, com medicamentos, e não farmacológico. O tratamento não farmacológico inclui a realização de exercícios de alongamento, hidroterapia, também é aconselhado para os pacientes um tratamento psicoterápico, técnicas de relaxamento, etc. Como vimos há muitas semelhanças entre o transtorno poliqueixoso e a síndrome de fibromialgia e, dessa forma, enquanto não ficar bem definida esta síndrome muitos pacientes que vão aos consultórios médicos levando problemas emocionais que são somatizados no corpo acabam sendo diagnosticados como fibromiálgicos e da mesma forma, por falta de conhecimento dos médicos, muitos pacientes fibromiálgicos são estigmatizados como poliqueixosos, ou seja, algumas vezes, por trás do comportamento poliqueixoso, pode realmente haver uma doença, como por exemplo, a fibromialgia e nesses casos as poliqueixas acabam por

²⁰ As queixas referentes a fibromialgia que se encontram sublinhadas são as mesmas relatadas pelos poliqueixosos.

dificultar o diagnóstico pois, para o médico é muito difícil detectar uma doença orgânica quando o paciente apresenta diversas queixas difusas (LICHTENSTEIN, 2004).

Mas seguindo com nosso trabalho, solicitamos aos médicos e residentes entrevistados que nos definisse as poliqueixas, ou transtorno poliqueixoso: *“Ele faz diversas queixas de vários órgãos e sistemas ligados mais ao conjunto ósseo muscular e nem sempre se chega a um ponto de um possível diagnóstico”*. Já outro médico entrevistado define as poliqueixas de forma mais abrangente:

Eles têm todos os sintomas possíveis, eles se queixam da ponta do cabelo até a ponta do dedo. Tem uns que vem com a fichinha, com a lista já toda anotadinha, com um monte assim, com mais de 30 queixas, com todas as queixas. Tudo o que tem para dizer ele já trás anotadinho, isso é muito freqüente.

Quando da nossa entrevista com um dos residentes, este mencionou que havia no mural da sala de descanso dos médicos do HU uma listinha de queixas de um paciente que foi considerado poliqueixoso por um outro residente: *“É uma listinha de problemas que ele trouxe”*. Não podendo perder essa oportunidade solicitamos uma cópia dessa lista e como forma de expressar maior visibilidade ao sofrimento do poliqueixoso resolvemos escaneá-la na próxima página:

1º Como 100 grama de comida
Por dia

2º Durmo 3 HORAS entre 24 HORAS

tenho dor nas Perna

as pernas estão inchadas

a Barriga esta inchada

A deitar sinto dor nas costas

Sinto falta de ar

minha pele esta cheia
de ferida

minha Bunda doi ao
deitar

Só me alimento por dia
1 copo de cafe e um
pedacinho de Pão

Tudo escurece no corpo inteiro

Pendi 30% da

visão

Tanto os médicos quanto os residentes citam nas entrevistas que o paciente poliqueixoso insiste na realização de exames complementares. Quanto a isso podemos apontar que talvez esses pacientes se sintam inseguros somente com o exame físico realizado no consultório pelo médico, devido à crença que esses pacientes têm na Medicina tecnocientífica que tem exames específicos para todos os males. Porém não podemos apontar que essa crença diz respeito somente a pacientes poliqueixosos, pois que, a maioria das pessoas quando vai ao médico esperam que este realize exames que possam comprovar que elas estão bem de saúde. Portanto não são só os poliqueixosos que solicitam a realização de exames.

Observamos através das entrevistas que tanto os médicos quanto os residentes não gostam de rotular este tipo de paciente e também eles não têm como prática médica anotar o termo poliqueixoso no prontuário do paciente, eles preferem adotar termos como por exemplo: distúrbio emocional, distúrbio de ansiedade e dores generalizadas.

Os pacientes poliqueixosos que freqüentam o ambulatório do HU têm em média entre 41 e 50 anos (vide tabela 2 nos apêndices) e o estado civil deles é bastante variado (vide tabela 3 nos apêndices). Os entrevistados também apontaram que a incidência maior de pacientes poliqueixosos são do sexo feminino, ou seja, estatisticamente são as mulheres que procuram mais pelos médicos no ambulatório do HU, mas isso não quer dizer que as mulheres sejam mais poliqueixosas que os homens, isso só demonstra uma visibilidade maior da mulher nos serviços de saúde, observemos como um dos médicos trata este tema:

(...) se tu for ver 80% das minhas pacientes são mulheres e 20% são homens por qualquer motivo. E aqueles homens que vêm geralmente dizem que a mulher encheu tanto o saco que acabaram vindo. É uma amostra viciada porque a procura do HU é feita mais pelas mulheres.

A identificação das mulheres como sendo mais poliqueixosas no HU pelos motivos apresentados acima, isto é, a visibilidade maior que elas tem no sistema de saúde, nos daria

margem para uma ampla discussão de gênero, porém não é nosso interesse neste trabalho realizar uma revisão exaustiva da condição feminina nas sociedades ocidentais. Mas de qualquer forma é interessante citar que até algum tempo atrás várias abordagens indicavam que as mulheres sofriam mais do que os homens dos chamados distúrbios afetivos e neuroses, ou seja, associava-se gênero à doença mental. Segundo Hita (1998), essas abordagens se apoiavam em 2 argumentos básicos: o primeiro frisava suscetibilidades de ordem biológica específicas do gênero feminino, como por exemplo: a tensão pré-menstrual, menopausa, etc. O segundo chamava atenção para fatores sociais, como por exemplo: o papel da mulher na sociedade, falta de poder, etc, sendo que, era isso que levava as mulheres a vivenciarem os eventos de forma distinta dos homens e em consequência disto às mulheres se tornavam mais suscetíveis ao estresse e as doenças de ordem psico-afetivas, e dentre estas doenças, poderíamos destacar a depressão e a ansiedade.

É interessante destacar que esses fatores de ordem biológica e social foram mencionados pelos médicos como uma explicação para as mulheres se tornarem poliqueixosas, inclusive um dos médicos cita também a síndrome do ninho vazio:

A mulher é dona de casa então ela fica o dia todo em casa, então com 50 anos... Elas tiveram filho cedo, então com 50 anos os filhos já estão casados, já tem suas famílias, elas estão sozinhas em casa. (...) elas se acham velhas com 50 anos já se acham assim, que está na hora de ficar doente, realmente que elas são doentes, que elas já tem 50 anos: “puxa eu já tenho 50 anos doutora”. Então tem que ser doente mesmo e na verdade eu acho que é a síndrome do ninho vazio, síndrome da... Aquela crise de que te sobra tempo agora, criou os filhos, os filhos saíram de casa e tu está pensando em si. Meu Deus! E aí tu vê o que tu fez da tua vida. Até por isso eu acho que tem muito mais mulher do que homem com esse tipo de perfil, sabe.

Quaresma (2001) observou, em pesquisa realizada com donas de casa com mais de 40 anos, que a “síndrome do ninho vazio” diz respeito àquelas mulheres que já criaram seus filhos e não tem mais a função exclusiva de mãe. Destituída dessa função, essa mulher entra em crise e começa a ter uma percepção de solidão, essa percepção é algo interno, é uma percepção de si mesma. Esta crise que acontece por volta dos 40 anos pode ser vista de duas formas por essas

mulheres: como uma oportunidade para (re)pensar a vida e procurar outros caminhos para ser feliz, ou então, como forma de dar por encerrado a vida só restando esperar pela morte. Nesse caso as poliqueixas podem ser consideradas como uma maneira de somatizar toda essa crise, somatizar toda essa dor interior e sendo assim, o transtorno poliqueixoso pode fazer parte também do rol das doenças psico-afetivas que acometem inclusive as mulheres na faixa dos 40 anos ou mais.

Esse fator psicossocial, visto acima, é somente um dos vários fatores que podem levar as mulheres a se tornarem poliqueixosas pois, durante esta pesquisa verificamos que os médicos e residentes citaram outros como sendo possíveis fatores estressores desencadeantes das poliqueixas como, por exemplo: os problemas sociais relacionados com o trabalho, onde foi destacado: a insatisfação no trabalho, o excesso de trabalho e o desemprego; o estresse da vida cotidiana; e também problemas relacionados com a família, como o alcoolismo e as desavenças familiares, sendo que, estes últimos encontram-se incluídos num outro problema bastante atual que amplia inclusive a tradicional discussão de gênero que é o problema da violência familiar ou doméstica. Temos consciência que cada um desses fatores sociais mereceriam uma pesquisa mais detalhada. Mas seria quase que impossível, numa dissertação de mestrado, abordar esses três temas, amplos e complexos, que emergiram na nossa pesquisa para explicar as poliqueixas. Mas também não poderíamos deixar de pelo menos comentar um deles que a pesquisadora verificou que foi mencionado em, praticamente, todas as entrevistas e que está relacionado com a violência doméstica. Examinemos o que diz este residente quanto a este tema:

A gente vai vendo que existe alguma coisa por trás ou é o marido que... Tenho uma paciente, meu Deus coitada, que o marido bebe e bate nela e na filha e ela não pode sair de casa porque se ela sair ele diz que vai matar ela. Então aquilo tudo gera, sabe... Ela vive, coitada, com dor aqui, dor ali, dor lá e tu sabe que no fundo tudo é a cabeça.

A violência doméstica, como um fator social gerador de poliqueixas, nem sempre apareceu claramente nas entrevistas, isto é, em alguns discursos os médicos e residentes falam abertamente sobre o tema, mas em outros discursos o tema permaneceu nas entrelinhas, observemos como um dos médicos entrevistados aborda este tema de forma mais reservada:

Tem uma paciente, ela até é uma funcionária do HU, que eu não sei se ela se aposentou, ela tinha uma dor que ela foi internada para investigar e não se descobre nada e tem relação com o emocional, com as desavenças familiares. (...) não foi descoberto nada, ela fez tudo, até tomografia e tal. Aí nós chegamos à conclusão que ela realmente... Que eram mais poliqueixas mesmo. Ela não veio mais, não sei como é que está.

De qualquer forma, os médicos e residentes apontaram que a violência ou desavenças familiares, como alguns entrevistados se referiram, pode ser uma das causas exógenas que levam as mulheres a se tornarem poliqueixosas. As causas exógenas são aqueles fatores externos que influem na vida biopsicossocial do indivíduo. Mas além de ser considerada, na visão médica, uma causa exógena, a poliqueixa também pode ser vislumbrada como uma forma dessas mulheres pedirem ajuda, pedirem socorro. Sendo assim, mesmo que o tema violência doméstica, inicialmente, não fizesse parte do foco principal desta pesquisa resolvemos explorá-lo um pouco mais para apresentar aos leitores qual é a relação que existe entre a violência doméstica e as poliqueixas, ou seja, gostaríamos de tentar demonstrar porque muitas mulheres que sofrem violência doméstica são consideradas, muitas vezes, poliqueixosas pelos médicos e residentes que trabalham no ambulatório do HU, que é uma instituição que faz parte do sistema público de saúde brasileiro.

Ao abordarmos este tema não estamos querendo generalizar e provar que todas as mulheres que sofrem violência são poliqueixosas pois, temos consciência de que cada indivíduo tem sua própria história de vida e atribui relevância a determinados temas, aspectos ou situações. Mas estamos passando para o leitor a percepção dos médicos e residentes que entrevistamos e

que consideram que o fenômeno social da violência doméstica pode ser uma das causas exógenas que influi na vida biopsicossocial de algumas mulheres tornando-as poliqueixosas por diversos motivos. Nesta pequena abordagem sobre o tema, estaremos sim, tentando ampliar um pouco mais a discussão sobre o transtorno poliqueixoso. Mas devemos deixar claro que neste trabalho daremos atenção especial à violência doméstica contra a mulher devido aos dados que foram coletados na nossa pesquisa de campo, mesmo sabendo que a violência doméstica não se restringe somente às mulheres, ou seja, ela faz parte também da vida dos homens, das crianças e dos idosos.

6.2.1.1 A violência doméstica contra a mulher como fator desencadeante das poliqueixas

A violência não é um problema contemporâneo, visto que, este fenômeno sempre esteve presente na vida dos homens, ela faz parte da própria natureza humana, segundo Minayo (1994a) a violência esteve presente em todas as sociedades e o ser humano sempre teve a preocupação constante de entender esse fenômeno. De modo geral a violência é definida como sendo todo e qualquer emprego de constrangimento físico ou moral exercido sobre a vontade de alguém para obrigá-lo a consentir ou a submeter-se à vontade de outrem. Segundo Agudelo (1990 *apud* MINAYO, 1994a:9), a violência: “ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Sendo assim, a violência no século XX acabou se consolidando como um problema de saúde pública.

A violência pode estar presente nos mais variados lugares, inclusive no âmbito familiar, que muitos de nós consideramos como sendo um local protegido. Este tipo de violência é conhecido como violência familiar ou doméstica e as principais vítimas dessa violência são: as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos. O conceito violência doméstica é muito

abrangente e muito discutido, pois nele caberiam, além dos indivíduos que têm relações de consangüinidade, outros indivíduos que gravitam em torno da família nuclear como as empregadas domésticas, por exemplo. Mas não faz parte deste nosso trabalho entrar nessa discussão, nosso objetivo é chamar a atenção quanto à violência doméstica contra a mulher e os possíveis problemas de saúde física e psicológica que podem ser desencadeados através dela. Lembrando sempre que saúde é um conceito bastante amplo e carregado de subjetividade, conforme já apresentamos no 2º capítulo deste trabalho.

A violência contra a mulher, geralmente, encontra-se amalgamada com a violência doméstica, pois ela, na maior parte das vezes, é praticada no âmbito privado, onde as mulheres são as vítimas preferidas e comumente essa violência se dá de forma silenciosa e dissimulada. Esse tipo de violência é praticada por pessoa bastante próxima as mulheres como: pai, filho e principalmente o marido ou o parceiro. Há uma bibliografia extensa sobre estes fenômenos e entre os autores que trabalharam ou trabalham com estes temas no Brasil poderíamos citar por exemplo: Gregori (1993), Saffioti (1994), Soares (1996), Grossi (1998).

Quando falamos sobre violência doméstica percebemos que existem diversas teorias para explicá-la e nós escolhemos mencionar, neste trabalho, apenas duas delas. Na primeira teoria, alguns autores como Shupe (1987) e Robertson (1992), citados por Soares (1999), acreditam que a violência pode ser transmissível de geração a geração, ou seja, crianças que sofrem algum tipo de violência aprendem a ser adultos violentos, o que acarreta um ciclo de violência familiar. Outros autores como por exemplo: Beauvoir (1970), Albano & Monteiro (1982) e Azevedo (1985) explicam a violência doméstica dentro da perspectiva feminista e estes a vêem como um exercício de poder e controle masculino sob o feminino. Consideramos as duas teorias muito importantes para tentar explicar a violência doméstica contra a mulher, mas neste trabalho não pretendemos fazer uma discussão dentro destas teorias citadas ou de qualquer outra.

Mas até quase o final do século XIX não se imaginava nem mesmo mencionar a violência doméstica contra a mulher pois, até esse século as esposas podiam ser vendidas, leiloadas, castigadas fisicamente e aprisionadas em casa à força, sem acarretar danos nenhum aos seus maridos, isto era tido como um direito conjugal, ou seja, “o marido detinha a propriedade da pessoa de sua esposa, e o homem era um proprietário e um senhor absoluto somente se ele pudesse fazer o que quisesse com o seu bem” (PATERMAN, 1993:184). Isso retrata uma pequena parte da violência, autorizada pela sociedade patriarcalista, a que sempre estiveram expostas as mulheres nas sociedades ocidentais. Dessa forma, a violência contra a mulher não é um fenômeno recente, só que no século XX ele foi obtendo maior visibilidade devido, segundo Martins (1997), a desintegração gradual dos tradicionais modelos familiares dominantes e com o surgimento de um novo modelo que diz respeito às novas figuras de homem e mulher, onde esses novos modelos acabam se configurando através de conflitos e também de situações de violência.

No século XX, na década de 70, o Movimento Feminista preocupado com a violência contra a mulher transformou este tema em bandeira de luta. E foi graças a esse movimento, aliado as pesquisas e as estatísticas que foram sendo realizadas ao longo das décadas de 70 e 80, que começa a ocorrer no Brasil debates, encontros e convenções sobre o tema e deles surgem idéias criativas como por exemplo: o SOS Mulher, o Centro de Defesa dos Direitos das Mulheres, e um pouco mais tarde a implantação das Delegacias de Mulheres pelo poder público. Estas instituições foram se expandindo para além das fronteiras dos Movimentos Feministas e foram dando lugar as leis e também as várias outras iniciativas de diversos segmentos da sociedade em prol das mulheres que sofrem diversos tipos de violência. Houve também nestas décadas uma ampla divulgação na mídia dos homicídios de mulheres praticados pelos próprios parceiros temos, por exemplo, os casos: Ângela Diniz, Cláudia Lessing, Eliana de Grammont. É claro que a

divulgação se deu porque essas mulheres pertenciam a um nível social e econômico mais abastado da população brasileira, mas essa divulgação serviu também como modo de dar visibilidade maior ao fenômeno e como forma de mostrar que ele perpassa todos os níveis sociais e econômicos.

Na década de 90, mais precisamente em 1994, na “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, Erradicar a Violência contra a Mulher”, realizada em Belém do Pará no Brasil, a violência contra a mulher foi definida como sendo: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA, 2004).

De acordo com a OMS quase metade das mulheres que morrem por homicídio no mundo são assassinadas por seus maridos ou ex-parceiros. A violência causa aproximadamente 7% dos problemas de saúde nas mulheres entre 15 e 44 anos. Em alguns países, sobretudo nos países pobres e em desenvolvimento, chega a 70% o número de mulheres vítimas de agressões físicas e em 47% as mulheres que tiveram iniciação sexual forçada e o risco de um homem agredir fisicamente a mulher está relacionado, entre outras coisas, com o consumo excessivo de álcool. (CREMESP, 2003).

O consumo de drogas ilícitas e lícitas, como o álcool, são apontados como fatores geradores de violência na maioria das sociedades ocidentais e encontra-se presente nos diversos níveis sócio-econômicos. Esse consumo é visto como desencadeante de atos violentos pela ação desinibidora da censura, onde o agressor assume conduta socialmente reprovável (DAY, 2003).

No Brasil em pesquisa realizada, numa amostra da população brasileira, em 2001 pela Fundação Perseu Abramo (2004), projetou-se que das 61,5 milhões de mulheres brasileiras com mais de 15 anos, cerca de pelo menos 6,8 milhões (11%) já foram espancadas ao menos uma vez.

Nesta pesquisa o marido é apontado como o principal responsável pelas agressões e o álcool é indicado como uma das principais causas das agressões.

Uma estimativa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, indica que 35% das idas das mulheres ao serviço de saúde estão relacionados à violência doméstica. Segundo Minayo (2004) num estudo realizado sobre dor crônica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2001, foi constatado que 83% das mulheres atendidas neste serviço tinham uma história de violência doméstica.

Em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, foi traçado um perfil das mulheres que são vítimas da violência e que procuram pela Delegacia da Mulher. Segundo Santos (1999), essas mulheres encontram-se na faixa dos 20 a 30 anos e o motivo principal da agressão é o alcoolismo e a maioria das agressões ocorrem dentro de casa. Além da Delegacia da Mulher há outras instituições que se ocupam do atendimento dessas mulheres em Florianópolis, mas elas não têm definida uma política comum o que ocasiona atividades não integrativas, ou seja, cada uma das instituições enfoca partes diferentes do problema sem que haja integração e articulação entre elas (SOUZA, 2003).

As dificuldades para coibir a violência doméstica são muitas e vão desde a omissão das autoridades, até a própria negação do parceiro de se desligar do ambiente violento sejam por razões emocionais ou financeiras. As razões emocionais são determinadas pelo sentimento de culpa e frustração que essas mulheres sentem por não terem conseguido fazer o casamento dar certo pois, a maioria delas foram socializadas para cumprir o papel de mulher bem casada e se sentem incapazes de encarar o fato de que seu casamento é um fracasso. Para muitas dessas mulheres falhar no casamento é pior que manter uma relação ruim, e dessa forma, por vergonha e por constrangimento, elas escondem de todos que apanham dos parceiros. De certa maneira elas têm esperanças que eles mudem com o tempo o que geralmente não acontece. Já o elemento

financeiro entra muitas vezes como fator de controle sobre a mulher pois, elas têm medo de não terem condições financeiras para manter os filhos e elas próprias se desistirem da relação (BALLONE & ORTOLANI, 2004).

Vislumbramos que a manutenção de um relacionamento que se apresenta sob uma determinada forma de violência, seja ela: física, psicológica ou sexual, pode se configurar numa co-dependência entre os parceiros, ou seja, pode se configurar numa relação simbiótica na qual um sustenta o outro em cada um dos papéis exercidos. Contudo as pessoas envolvidas nessa relação não percebem o que está acontecendo, é um jogo inconsciente que se apóia nos papéis definidos socialmente, e por ser inconsciente dificilmente essas mulheres conseguem sair sozinhas de uma situação como esta.

As agressões destinadas às mulheres consistem em: agressões físicas, verbais, psicológicas e sexuais que são cometidas, geralmente, pelo seu próprio parceiro. São considerados atos de violência física: os tapas, as mordidas, queimaduras, tentativas de homicídio, etc. As agressões verbais são de modo geral os xingamentos, mas também estão muito ligadas à violência psicológica, e esta consiste em: humilhações, privação da liberdade, ameaças de agressão, inclui também danos propositais a animais de estimação ou pessoas queridas. São considerados atos de violência sexual: toques físicos não desejados, estupro, prostituição forçada, voyerismo, etc.

Geralmente é através das lesões provocadas pelas agressões físicas que a violência doméstica adquire visibilidade nos serviços de saúde, pois que, as mulheres procuram esses serviços para tratar essas lesões, que por vezes, se constituem de lesões graves que são provenientes da violência que elas sofrem em casa. Através dessas lesões os médicos percebem o problema, mas, por não saberem lidar com a situação ou por não estarem dispostos a um comprometimento maior, esses médicos nem ao menos conversam com essas mulheres. Quanto a

isso no Brasil a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003 (publicada no Diário Oficial da União - DOU, no dia 25/11/2003), estabelece que deve haver a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência doméstica contra as mulheres que são atendidas em serviços de saúde públicos ou privados. Mas segundo Day (2003:11), na maioria das vezes, “os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com respeito ao problema da violência doméstica e as suas conseqüências, assim como na detecção e prevenção de situações potencialmente perigosas”. Se não fosse encarado dessa maneira pelos profissionais da saúde eles poderiam ajudar esta mulher somente encaminhando-a para um outro tipo de atendimento: psicológico, jurídico, etc, isso tudo vai depender de quanto o profissional da saúde quer se comprometer com o problema, já que ele é o primeiro a ter contato com essa mulher. Também vai depender da implantação, dentro da instituição onde essa mulher é atendida, de uma abordagem multidisciplinar. Segundo Piaget (1972 *apud* CHAVES, 2005) a necessidade da multidisciplinaridade ocorre quando para solucionar um problema é necessário obter informação de duas ou mais ciências, ou disciplinas sem que haja modificações nestas disciplinas.

Por outras vezes, essas mulheres que sofrem algum tipo de violência e que procuram pelos serviços de saúde públicas elas não apresentam lesão aparente, elas vão ao médico levando queixas, segundo Tavares (2000) elas procuram os serviços de saúde queixando-se de sintomas vagos como: palpitações, tremedeiras, insônia, dores pélvicas, distúrbios gastrintestinais. Como esses sintomas não apresentam correlação nos exames que são realizados, ou melhor, não são diagnosticados pelos médicos como patologia porque não apresentam alteração nos exames, muitas dessas mulheres acabam sendo rotuladas de poliqueixosas. Ou então essas queixas inespecíficas são diagnosticadas pelos médicos como ansiedade e depressão e os médicos, na maioria das vezes, acabam medicando essas mulheres com antidepressivos ou ansiolíticos

somente para resolver estes problemas. Como vemos essas queixas apresentadas ao médico pelas mulheres podem ser consideradas apenas a superfície do problema. Mas por outro lado, essas mesmas queixas podem ser vislumbradas como uma luz que pode iluminar o caminho para identificar o que está atrás de tudo aquilo que foi expressado em forma de queixas por estas mulheres (ÂNGULO-TESTA, 1997).

Essas mulheres, na maioria das vezes não têm consciência que o seu problema é emocional, o que corrobora com os apontamentos de Atta (2004) quando este psiquiatra indica que o processo das poliqueixas ocorre de forma inconsciente, ou seja, os poliqueixosos além de não se reconhecerem como tal eles não percebem que o seu problema pode ser emocional e por causa desse não reconhecimento eles geralmente não aceitam o seu encaminhamento ao psiquiatra (LEAL, 2004). Um dos médicos entrevistados para esta pesquisa explicita muito bem o não reconhecimento, por parte desses pacientes que freqüentam o HU, dos problemas emocionais que são somatizados no corpo:

Eles não acreditam que é emocional, que é do subconsciente, eles querem... É muito melhor eles saberem que tem uma doença, um exame alterado, um exame de sangue, tudo, do que saber que eles não tem nada que isso é da cabeça deles, que eles não acreditam.

A estigmatização dessas mulheres como sendo poliqueixosas acontece, visto que, os médicos ainda são socializados, nos diversos cursos de Medicina, para tratar as causas de doenças orgânicas que eles podem verificar através de sinais que o paciente trás em seu corpo, ou através de exames específicos. Eles não são socializados para detectar problemas psicológicos, sociais ou emocionais de, por exemplo, vítimas de violência doméstica, ou seja, os médicos, em sua maioria, continuam ainda a ser formados dentro do Estilo de Pensamento organicista/biologicista onde é desconsiderado o social no desencadeamento das doenças. Talvez fosse necessário uma mudança na formação profissional dos médicos, ou seja, a introdução de

novas temáticas e que sejam desenvolvidos métodos , técnicas e habilidades para lidar com elas. Além de que os médicos que trabalham para o sistema público de saúde, geralmente, não têm muito tempo para ouvir nem mesmo a história da dor, quanto mais a história de vida do paciente.

Sabemos que, muitas vezes, os médicos que prestam seus serviços para a rede pública têm em média cerca de cinco minutos para o atendimento de cada paciente e com isso eles não têm condições de oferecer assistência adequada e necessária, muito menos para os poliqueixosos. Uma das causas do atendimento muito rápido nos ambulatórios das instituições hospitalares da rede pública é o número desproporcional entre médicos e pacientes. Mas esse tempo destinado à consulta de cada paciente varia muito nas instituições hospitalares pois, comprovamos através desta pesquisa que os médicos e residentes que trabalham no ambulatório do HU da UFSC demoram em suas consultas uma média de 20 a 25 minutos, chegando muitas vezes a 30 minutos de consulta, o que seria considerado fora dos padrões de atendimento nos ambulatórios dos hospitais públicos. Observamos também que esse tempo de consulta maior faz com que os pacientes que esperam pela sua vez reclamem da demora, quando o mais comum seria a reclamação sobre o atendimento acelerado por parte do médico.

Podemos então vislumbrar que as poliqueixas encontram-se, muitas vezes, relacionadas com algum tipo de problema emocional que provém do social, como por exemplo o que decorre da violência doméstica, e esta geralmente passa “despercebida” pelos médicos e se mantém oculta. Nestes casos, poderíamos até sugerir que os médicos durante a anamnese investigassem sobre problemas relacionados com a violência doméstica, principalmente, quando surgissem no consultório mulheres trazendo consigo sintomas vagos, ou seja, aqueles que se relacionam ao transtorno poliqueixoso. Caso fosse confirmado o problema de violência doméstica isso deveria, no mínimo, ser anotado no prontuário médico dessa paciente. Talvez assim poderia haver a identificação do problema e quem sabe, dependendo do comprometimento do médico, o início de

uma solução para ele, se houver é claro, correspondência das instituições que deveriam ou poderiam tratar do assunto.

Felizmente os médicos que entrevistamos no HU para esta pesquisa reconhecem este problema da violência doméstica como sendo um dos possíveis fatores exógenos desencadeantes das poliqueixas. Eles sabem que é um problema social que leva algumas mulheres a terem sintomas que se traduzem no físico, no corpo, mas infelizmente eles pouco podem fazer por essas mulheres, ou melhor, eles fazem muito, pois eles ouvem esta mulher, ouvem as suas queixas físicas e também suas histórias de vida, mas geralmente o problema se mantém ali sem que haja uma ação mais eficaz para tentar ajudá-las a solucioná-lo. Dessa forma, observamos que dentro do ambulatório do HU está realmente surgindo a semente de um novo Estilo de Pensamento que reconhece as causas sociais envolvidas numa queixa, ou seja, podemos indicar que os médicos pesquisados estão se consolidando como Objetos Fronteiras.

Esses Objetos Fronteiras, segundo Cutolo (2001), correspondem a um certo Coletivo de Pensamento, com suas técnicas, conceitos, linguagens, etc, que está sofrendo influência de um outro CP, dessa forma, esse Objeto Fronteira se apresenta como um intermediário entre dois CPs. A fusão deles, através desses Objetos, dará origem a um novo Estilo de Pensamento. No caso do ambulatório do HU temos o EP biologicista/organicista, que está presente em todos os campos da Medicina, sendo influenciado por outro CP que no nosso modo de entender encontra-se associado ao EP social e ao EP psicossomático. Este novo EP ainda deverá surgir, isto é, ele não se encontra completamente configurado. No caso das mulheres que sofrem com a violência doméstica, ou qualquer outro problema social, a configuração deste novo EP talvez dependa muito mais de uma política pública do que da vontade dos próprios médicos. Ou seja, em se tratando de problemas psicossociais, este novo EP só irá se consolidar quando se apresentar uma correlação institucional que possa, pelo menos, apoiar uma política pública, ou até mesmo uma

ação mais eficaz dentro do próprio HU para ajudar os indivíduos a enfrentarem os seus problemas. Inclusive, estando com isso diminuindo a procura pelo sistema público de saúde. Mas só iremos aprofundar este tema mais adiante, na 3ª etapa de análise, quando será discutido o que os profissionais da saúde acham que poderia ser realizado no HU para resolver os problemas dos poliqueixosos.

A violência doméstica contra a mulher, além das lesões físicas e emocionais, as expõe também, segundo Day (2003), à seqüelas psicológicas graves, como por exemplo, a destruição da auto-estima dessas mulheres. Com a auto-estima baixa ou até mesmo sem auto-estima, essas mulheres estão mais propensas a sofrerem de problemas mentais como: depressão, fobias, estresse pós-traumático²¹, tendência ao suicídio, etc. Quando essas mulheres procuram por um médico com sintomas de depressão, por exemplo, estes acabam na maioria das vezes, por não conhecerem um pouco da história de vida da paciente, intervindo somente para tentar amenizar o problema da depressão receitando medicamentos apropriados como antidepressivos, e dessa forma, acaba-se medicalizando a violência doméstica. Talvez esta não seja uma conduta eficaz para com esse tipo de paciente, pois a medicação de um antidepressivo com certeza não vai solucionar o problema e talvez o agrave ainda mais. Não estamos querendo dizer que o paciente não deva ser medicado para diminuir o estado depressivo, o que estamos propondo é que aliado ao tratamento da depressão se deva dar outros tipo de tratamento como o psicológico, por exemplo.

²¹ O estresse pós-traumático é uma patologia em que a mulher experimenta a sensação muito forte de estar revivendo o evento traumático, assumindo conduta evitativa, vive apatia emocional, tem dificuldades para adormecer, se concentrar e assusta-se com facilidade (DAY, 2003).

Quanto a isso, notamos nesta pesquisa que os médicos e residentes que foram entrevistados consideram a depressão, a ansiedade, o estresse como causas endógenas das poliqueixas. Neste caso das mulheres vítimas de violência, as causas endógenas como a depressão, por exemplo, poderiam estar obscurecendo as causas exógenas (violência doméstica), que muitas vezes são desconsideradas pelos médicos porque eles não podem fazer nada, institucionalmente não há como lidar com uma situação dessas. Sendo assim, as causas exógenas (violência doméstica) são mascaradas pelas causas endógenas (depressão, ansiedade, etc) transformando-as em doenças.

O tema violência doméstica é muito mais amplo e complexo do que pudemos mostrar aqui, mas nossa intenção é apontar que através da identificação das mulheres poliqueixosas, que procuram o sistema público de saúde, poderão ser detectados muitos casos de violência doméstica que se constitui num problema de saúde pública. Tudo vai depender da abordagem do médico que atenderá essa paciente e de sua sensibilidade para lidar com o problema e depende também, dos instrumentos que as instituições como o HU podem dispor para ajudar essas mulheres a solucionarem os seus problemas mais prementes. Observamos na nossa pesquisa que se faz necessário montar uma equipe multidisciplinar para atender estes tipos de problemas. Mas deixaremos para discutir esse ponto mais adiante, isto é, na 3ª etapa que diz respeito à percepção dos médicos sobre o que poderia ser realizado dentro do HU para minimizar o sofrimento dos pacientes portadores de transtorno poliqueixoso.

Nesta pequena abordagem nosso interesse foi mostrar que o fenômeno da violência doméstica contra a mulher pode levar as mulheres a se tornarem poliqueixosas, ou seja, tentamos mostrar aos leitores que a violência acarreta tanto problemas físicos, quanto emocionais, deixando muitas vezes seqüelas psicológicas. Mas será que as poliqueixas não seriam também uma forma de pedir ajuda, pedir socorro, já que algumas mulheres chegam a comentar para o

médico que sofrem violência em casa mesmo que isso não tenha sido perguntado por ele na anamnese. Talvez seja muito mais fácil para elas falar sobre isso com o médico do que expor seu problema doméstico numa delegacia e posteriormente vir a sofrer represália ainda maior do seu parceiro. Mas para que isso seja investigado é necessário uma outra pesquisa com essas mulheres.

Além da violência doméstica, os residentes e médicos que foram sujeitos desta pesquisa apontaram um outro fator que é considerado por eles como causa endógena das poliqueixas, estamos falando da depressão e este será o próximo tema que iremos abordar.

6.2.1.2 Depressão como outro fator desencadeante das poliqueixas

Dissertaremos agora sobre outro problema que os médicos e residentes, com especialização em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU, apontaram como sendo uma das causas endógenas das poliqueixas, estamos falando da depressão. Observemos um dos médicos entrevistados fazendo uma relação entre depressão e poliqueixas logo no início da entrevista: *“Tem muita depressão misturada com o poliqueixoso. No fundo é um depressivo, não aquele depressivo grave, sabe, mas ele é um depressivo leve a moderado, ele é do tipo que a gente diz que ele somatiza, ele não chega a fazer a doença em si”*. Ou seja, ele não tem nenhuma doença que justifique suas dores, mas apresenta na percepção dos entrevistados um estado depressivo.

A depressão é um problema que atinge crianças, jovens, adultos e idosos e independe da classe sócio-econômica do indivíduo. Segundo a OMS o século XXI é o século das doenças mentais entre elas destaca-se a depressão. Mas o que é depressão? O que a depressão tem a ver com as poliqueixas? Vamos primeiro apresentar rapidamente aos leitores onde se originou o conceito depressão e depois vamos tentar fazer a relação entre depressão e poliqueixas.

A depressão é um termo que foi criado muito recentemente, mas ela é um mal conhecido desde os tempos bíblicos. Na Bíblia a depressão é descrita como uma tristeza muito grande sem fundamento, uma melancolia. A melancolia foi um mal que afligiu, por exemplo, o rei Saul que era rei de Israel e um valente guerreiro, mas que num certo momento de sua vida a tristeza passou a lhe dominar. Pensamentos voltados para a morte e para as tragédias passaram a fazer parte do seu cotidiano. Saul só se acalmava quando Davi tocava harpa para ele, mas essa melhora era sempre por pouco tempo pois, ele sempre voltava a se sentir triste e desesperançoso. Um dia cansado dessa situação e não vendo saída para sua tristeza acaba por cometer suicídio. A melancolia nas citações bíblicas era vista como uma espécie de loucura ou de tristeza enviada por Deus.

Mais tarde essa tristeza passou a fazer parte dos estudos dos médicos gregos e foi na Grécia Antiga, com o desenvolvimento da teoria humoral²² de Hipócrates, que esse mal passou a ser discutido como sendo um problema orgânico, ou seja, a melancolia passou a ser vista pelos médicos hipocráticos como um desequilíbrio da bílis negra (*melan* quer dizer negro, e *cholis* quer dizer bílis). Para os médicos gregos o desequilíbrio da bílis negra era o responsável pelos distúrbios mentais como, por exemplo: as manias, a hipocondria, a loucura, etc. Estes distúrbios não se encontravam delimitados ainda e muitas vezes eles eram todos vistos como formas de melancolia. Até mais ou menos o século XVII a melancolia continuou sendo vista ora como um castigo de Deus e ora como um desarranjo humoral que era tratado com purgativos, banhos medicinais, ginástica, inclusive a música e as viagens eram vistas como forma de banir os maus pensamentos provenientes da melancolia ou da tristeza (CORDÁS, 2003).

²² A teoria dos 4 humores de Hipócrates já foi referenciado no 2º capítulo desta dissertação quando apresentamos a história da ciência médica na Antiguidade.

Foi somente a partir do século XVII que a teoria dos humores, gradativamente, vai cedendo lugar às teorias racionalistas das doenças mentais, ou seja, neste século inicia-se a delimitação de várias doenças mentais como: a loucura, a histeria, as doenças convulsivas, a hipocondria, a mania, a melancolia, etc. A hipocondria começa a se distanciar da melancolia e passa a ser vista mais como uma manifestação histérica e com o passar dos séculos e com o avanço das ciências médicas ela vai tomando outros rumos dentro da história da Medicina que nós já identificamos ao longo do 2º e no início do 5º capítulo desta dissertação. Já o termo melancolia passa a ser utilizado para designar diversas formas de loucura entre elas a mania.

No século XVII o médico Robert Burton (1557-1640) publica um livro chamado “Anatomia da Melancolia” (1621). Neste livro ele aponta algumas causas da melancolia como por exemplo: a idade avançada, a hereditariedade e também afecções do corpo que surtem efeito no cérebro, mas esse médico não descartava as causas sobrenaturais como Deus, diabo, magia, etc. No século XVIII a melancolia passou a ser estudada pelo médico William Cullen (1710-1790) como uma alteração da função nervosa, mas mesmo assim ela encontrava-se ainda muito próxima da mania e da loucura (CORDÁS, 2003).

No início do século XIX Philippe Pinel (1745-1826) definiu a melancolia como uma doença caracterizada por um número limitado de delírios. Mas as pessoas portadoras desses delírios não tinham comportamento violento. Nesta época começa haver diferenciação entre as várias formas de doenças mentais, segundo Cordás (2003) inicia-se uma reavaliação da loucura em todos os âmbitos.

Mas foi na segunda metade do século XIX que Emil Kraepelin (1856-1926) apresentou o conceito de depressão semelhante à forma que ela é explicada atualmente, ou seja, ele foi o primeiro a introduzir o termo “psicose maníaco-depressiva”, atualmente sob a denominação de “transtorno de humor bipolar”.

No final do século XIX, foi surgindo a idéia de que os estados depressivos não tinham somente causa endógena, ou seja, passou-se a considerar que a depressão poderia ter causas biológicas, psicológicas e sociais. Podemos mostrar estas causas como inseridas em 3 Coletivos de Pensamento (CP) que continuam ainda hoje a permear os estudos sobre a depressão.

No CP relativo as causas sociais encontramos a depressão exógena ou depressão reativa e esta é explicada como se derivando de fatores que se encontram no ambiente, ou seja, essa depressão pode ser desencadeada por fatores ambientais externos, como por exemplo: circunstâncias profissionais ou familiares adversas, perda de familiares, separação, etc. Essa depressão pode se produzir como reação ou resposta a um evento traumático, mas nem todas as pessoas reagem da mesma forma num mesmo evento, isto é, alguns acontecimentos podem ser depressores para algumas pessoas e para outras não. Um outro exemplo deste tipo de depressão pode ser visualizado quando discutimos neste trabalho as seqüelas psicológicas que a violência produz nas mulheres, que seria uma resposta emocional a uma circunstância de vida. A depressão exógena pode ser traduzida também dentro dos estudos sociológicos de Émile Durkheim (1858-1917) em “O suicídio”, escrito em 1897.

Quanto ao CP relativo as causas psicológicas, estas estariam ligadas aos fatores sociais, pois que, essa depressão estaria vinculada a certos traumas, complexos e também frustrações que geralmente se originam de fatores externos ao indivíduo.

O terceiro CP se refere à depressão de origem biológica que é chamada também de depressão endógena. Este tipo de depressão tem uma causa fundamentalmente biológica não existindo relação palpável com a história de vida da pessoa, ou seja, não há motivos vivenciais para esta pessoa estar triste ou desesperançosa, nem se percebem causas externas. Os fatores biológicos envolvidos neste tipo de depressão se limitam à esfera dos neurotransmissores e

neuroreceptores. Este CP fica muito próximo daquele EP biologicista/organicista que tenta explicar todas as doenças como tendo somente uma causa orgânica/biológica.

Diante desse panorama tão amplo foi surgindo a hipótese de que a depressão poderia ter causa multifatorial, ou seja, foi surgindo um novo EP que leva em conta as 3 causas para explicar a depressão: sociais, biológicas e psicológicas. Mas essa tese não foi completamente aceita por todos os pesquisadores da área médica. Talvez tenha sido em consequência desta discussão que em 1993 a Organização Mundial de Saúde através da CID-10, começou a adotar critérios fenomenológicos e descritivos para classificar as depressões.

Neste breve histórico sobre a depressão, percebemos que na história das ciências médicas houve vários Coletivos de Pensamento (CPs) que interpretaram e estudaram a melancolia sob enfoques diferentes até chegarmos ao conceito de depressão. Entretanto, em torno desse conceito de depressão ainda é gerada muita discussão ou melhor muita confusão inclusive no meio médico pois, este conceito é utilizado para designar 3 problemas diferentes, ou seja, a palavra depressão é utilizada para designar uma tristeza, uma síndrome e também um transtorno. Sendo assim, tentaremos decifrar essa confusão apoiada na visão de Furlanetto (2004).

Observamos no nosso cotidiano que a palavra depressão se naturalizou de tal forma que quando vemos alguém triste dizemos que ele está deprimido, inclusive os médicos utilizam o conceito deprimido para expressar tristeza. Mas há diferença entre tristeza e depressão. Sim, porque tristeza é algo passageiro. É um sentimento individual que supostamente vem de uma perda, por exemplo, perder um membro da família, um amigo, etc. Até mesmo perder o emprego pode deixar um indivíduo triste, mas essa tristeza é temporária, é efêmera. Essa perda não faz com que o indivíduo perca o prazer ou a vontade de viver.

A palavra depressão também é utilizada, inclusive no meio médico, para designar aquelas pessoas que têm um humor anormal, isto é, aquelas pessoas que não precisam perder nada para se

sentir triste. Estas pessoas não acham nada na vida prazeroso. Segundo Furlanetto (2004) trata-se de um estado de ânimo duradouro onde na maior parte do dia, durante vários dias o indivíduo não reage a estímulos prazerosos. Este tipo de humor faz parte de uma síndrome depressiva que pode ter várias causas, entre elas identificamos: o uso de medicamentos e também determinadas doenças físicas que acarretam essa síndrome depressiva, como por exemplo: as doenças endócrinas, as doenças neurológicas, etc (PORTO, 2003).

E finalmente a palavra depressão também é utilizada para os transtornos depressivos que substituem a antiga melancolia. Segundo Furlanetto (2004) no CID-10 o transtorno depressivo é considerado uma doença que “se baseia na presença de sintomas psíquicos e somáticos os quais, de acordo com sua intensidade e evolução, definirão a gravidade do quadro clínico e os subtipos diagnósticos”. A duração dos sintomas é de no mínimo duas semanas e quando eles se mostram recorrentes, esses são chamados de transtorno depressivo recorrente. Este transtorno depressivo pode ser visualizado também no DSM-IV (APA, 1994), ou seja, neste Manual ele é classificado em várias categorias: como uma depressão maior, caso ele tenha mais de duas semanas de evolução. Como distímia quando o transtorno tem uma intensidade mais leve e com tempo de evolução igual ou maior do que dois anos. Como última categoria teríamos o transtorno bipolar, antiga “psicose maníaco depressiva”, cujo indivíduo portador tem episódios de mania e também humor eufórico. Como podemos observar a depressão é um conceito bastante complexo que pode ocasionar inclusive muitos diagnósticos errados.

Tanto na síndrome depressiva quanto no transtorno depressivo os pacientes podem relatar sintomas psíquicos, físicos e comportamentais. Segundo Porto (1999) nos sintomas psíquicos os indivíduos apresentam geralmente humor depressivo, incapacidade de experimentar prazer nas suas atividades, diminuição da capacidade de pensar, etc. Nos sintomas comportamentais os indivíduos depressivos apresentam crises de choro, retraimento social e muitas vezes

comportamento suicida. Os sintomas fisiológicos se apresentam através de alterações do sono, alterações no apetite, redução do interesse sexual, e também se mostram através daquelas queixas inespecíficas, sem fundamento, como por exemplo: as dores vagas e imprecisas, tonturas, dores no abdômen e no tórax, falta de ar, cefaléia, etc. Todos esses sintomas não precisam se apresentar de forma concomitante, mas de acordo com o DSM-IV, o paciente para ser considerado como estando passando por um episódio depressivo ele deve apresentar no mínimo 5 sintomas, dos que vimos acima, pelo tempo de duas semanas, onde é necessário que pelo menos um dos sintomas seja humor depressivo ou então perda de interesse ou prazer nas atividades. Além disso, para que se caracterize como um episódio depressivo esses sintomas devem causar sofrimento significativo ou prejuízo em funções importantes na vida do paciente. Esses sintomas também não podem decorrer do uso de drogas, de certos medicamentos ou de certas doenças clínicas. Nestes casos seria considerado como uma depressão secundária, ou seja, que é originada por outros elementos, em muitos desses casos também se faz uso do antidepressivo.

Observamos que muitos dos sintomas apresentados pelos pacientes depressivos são praticamente os mesmos identificados no paciente portador de transtorno poliqueixoso, que faz parte do nosso objeto de estudo. A linha tênue que separa os dois, o depressivo e o poliqueixoso, se encontra no humor depressivo ou na perda de interesse e prazer em certas atividades. Esses dois detalhes só serão conhecidos se o médico estiver apto a detectá-los através da anamnese, caso contrário o paciente será estigmatizado como poliqueixoso. Dessa forma, podemos enunciar que todos os depressivos são poliqueixosos, mas nem todos poliqueixosos são depressivos. Explicando melhor, por apresentarem sintomas parecidos muitos poliqueixosos são diagnosticados como depressivos e acabam sendo medicados como tal mesmo não havendo necessidade, ou seja, os médicos acabam receitando antidepressivos para pacientes que estão passando por um momento de tristeza ou apreensão. Por outro lado, muitas vezes o médico por

falta de conhecimento não percebe que o paciente está passando por um episódio de depressão e acaba rotulando esse paciente como poliqueixoso e dessa forma, esses pacientes acabam não sendo medicados como deveriam. Além disso, não podemos nos esquecer que a depressão muitas vezes mascara ou encobre alguns problemas psicossociais como vimos, por exemplo, no caso da violência doméstica.

No nosso trabalho de pesquisa no ambulatório do HU verificamos que todos os médicos e residentes associam o poliqueixoso ao depressivo, ou seja, os médicos e residentes entrevistados consideram que por trás do paciente poliqueixoso, na maioria das vezes, está instalada uma depressão: *“geralmente tem uma depressão por trás, tem algum fator de ansiedade, alguma coisa por trás que às vezes até alguns pacientes há necessidade de um antidepressivo”*. Observemos agora um dos residentes falando: *“o poliqueixoso geralmente é uma pessoa que está com estado depressivo, alguma coisa assim”*. Mas é interessante que em nenhum momento das entrevistas realizadas com os médicos e os residentes foi citado que os pacientes poliqueixosos atendidos por eles no ambulatório do HU apresentam humor depressivo ou então perda de interesse ou prazer nas atividades e como vimos são esses dois elementos que determinam um estado depressivo.

Podemos também considerar que esta associação entre poliqueixas e depressão encontra-se ainda muito ligada aquele EP biologicista/organicista que pretende estabelecer uma causa para todos os sintomas. Dentro dessa visão biologicista a depressão é vista como uma alteração bioquímica no cérebro, causada por um déficit no metabolismo da serotonina que é o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar no indivíduo, esta teoria não se encontra ainda muito bem definida. Além disso, alguns estudos consideram que o fator genético apresenta também grande importância para a evolução de um quadro depressivo. Vamos verificar através da fala deste residente o EP, ou melhor, a visão biologicista/organicista

ainda imperando mas, também há uma introdução de um novo EP, ou melhor dois novos EPs, o social e o psicossomático que estão se fazendo presente na percepção deste residente sobre o paciente poliqueixoso:

Olha, muitos desses [poliqueixosos] eu acho que são pacientes depressivos em potencial, eu acho que está faltando endorfina, serotonina, eu acho. Muitas vezes um inibidor seletivo, um tricíclico, às vezes é uma bengala para ajudar o paciente, quem sabe, a se aceitar mais, se gostar mais e até começar... É uma bengala para te tirar primeiro do buraco é isso o que eu falo às vezes para os pacientes meus. Na verdade, eu acho que muitas vezes é uma bengala para te dar, talvez, o que esteja te faltando endogenamente e até por isso tu interprete as coisas de uma forma mais... Como é que eu posso te dizer, mais desesperançosa. Porque as pessoas que são assim elas dão muito peso para as coisas. Eu não sei como te explicar isso, eu acho que elas não se gostam o suficiente para... Não que elas tenham problema, sabe, mas é que às vezes falta acho que neurotransmissor. Não se gostam o suficiente para enfrentar as coisas e daí elas precisam de aprovação, aceitação, o amor dos outros para serem felizes, por isso que elas somatizam tanto, elas queixam tanto, elas fazem isso para ter atenção. Porque muitas vezes elas não se bastam, elas não estão se encontrando, não estão se gostando, então por isso que eu às vezes acho que o antidepressivo ajuda. Por isso que eu acho que tem [causas] endógenas e exógenas, acho que falta alguma coisa sim. Acho que às vezes o antidepressivo faz muito bem. Acho que ajuda, é uma bengala.

Esta forma de aproximar os poliqueixosos da depressão endógena talvez seja a única forma encontrada pelos médicos para continuar tratando esses pacientes, ou seja, diagnosticando como depressivo seria uma forma de continuar observando este paciente, seria uma forma desses pacientes continuarem recebendo tratamento médico. Avaliamos que esta forma de tratamento está contida na própria formação dos médicos pois, ao longo dos séculos os médicos foram socializados para tratar todos seus pacientes através de uma medicação farmacológica. Mas será que esta forma de medicar com antidepressivo é a mais eficaz para este tipo de paciente, já que os próprios médicos indicaram que os pacientes poliqueixosos, em sua maioria, estão somatizando no seu corpo dores sociais que com certeza não serão sanadas somente com a utilização do antidepressivo?

Além disso, vislumbramos que a situação pode se tornar mais grave pois, sabemos que muitos pacientes depois de medicados não voltam ao médico, mas continuam tomando o remédio por conta própria e por tempo indeterminado e o antidepressivo necessita de um acompanhamento médico mais acirrado, ou seja, deve-se levar em conta que o uso do antidepressivo implica certos riscos e portanto, o médico deve avaliar muito bem o custo benefício para esses pacientes.

Quanto a isso os especialistas da Unifesp apontam que o tratamento para o paciente depressivo não deve ser exclusivamente medicamentoso, ou seja, eles consideram fundamental trabalhar os aspectos psicológicos do depressivo e somente se o quadro do paciente se mostrar muito intenso é que é aconselhado a terapia com medicamentos. Esses especialistas consideram também que se a depressão for leve, na maioria das vezes somente a orientação psicológica é suficiente (VIANA, 2004).

Os profissionais da saúde que entrevistamos para esta pesquisa têm uma conduta diferenciada destes especialistas da Unifesp, ou seja, eles citaram que receitam antidepressivo para pacientes com depressão moderada. Não devemos nos esquecer que estes médicos e residentes estão se referindo aos pacientes poliqueixosos que, na visão deles, somatizam nos seus corpos variados problemas sociais e que são considerados pacientes depressivos também. Um dos médicos entrevistados chegou a citar que em doses baixas o antidepressivo funciona como analgésico para as dores do poliqueixoso, mas será que analgésico funciona para “dor da alma” ou para dores sociais?

O antidepressivo em dose baixa ele vai funcionar como analgésico e também retira o pânico. A imipramina, a amitriptilina, o trofanil. O trofanil, anafranil, nome farmacológico, nome comercial, são remédios que tiram até o pânico. Doses mais altas ele funciona como antidepressivo tem uma ação antidepressiva também pequena.

Em relação a estes antidepressivos que são conhecidos como tricíclicos eles também são receitados por alguns médicos para tratar a fibromialgia por causa da sua ação analgésica. Como vimos anteriormente, a fibromialgia é uma doença reumatológica que desencadeia dores pelo corpo que são difíceis de serem detectadas mas um médico mais atento é capaz de diagnosticar a doença. Já o transtorno poliqueixoso que estamos tratando em nossa pesquisa ele apresenta dores sim, mas são dores somáticas, “dores da alma”, dores sociais que, muitas vezes, são percebidas pelos médicos mas, não são comprovadas fisicamente. Então perguntamos: será que compensa para este tipo de paciente ser medicado com antidepressivo? Será que o antidepressivo seria prescrito pelo médico para funcionar como uma espécie de placebo?

O conceito placebo tem um significado muito amplo. Os físicos utilizam este termo para se referir a uma substância sem valor quimicamente na qual os pacientes creditam eficácia para curá-los. Neste trabalho de pesquisa, estaremos utilizando o conceito placebo para designar qualquer procedimento ou qualquer substância receitada ao paciente como forma dele se sentir medicado, tratado. Dessa forma, estaremos fazendo uso do conceito placebo na forma mais ampla, ou seja, na forma citada por Shapiro (1959 *apud* HELMAN, 1994: 177), onde placebo constitui-se:

() no efeito psicológico, fisiológico ou psicofisiológico de qualquer medicação ou procedimento prescritos com interação terapêutica, independente ou pouco relacionado aos efeitos farmacológicos da medicação ou aos efeitos específicos do procedimento que opera através de um mecanismo psicológico.

O placebo não se traduz somente através do remédio, da medicação prescrita pelo médico. Ele se traduz também pela figura do próprio médico. O placebo pode também estar traduzido nos vários exames que os médicos mandam os pacientes realizarem, ou seja, muitos exames às vezes funcionam como placebo para todos os tipos de pacientes e dentre eles também o poliqueixoso que somatiza certas dores sociais como carência afetiva, violência, etc.

Portando podemos dizer que o placebo se traduz na eficácia simbólica, ou seja, na confiança por parte de quem recebe uma substância ou procedimento que pode produzir efeitos psicológicos e fisiológicos. Indo um pouco mais longe, alguns autores citam que o placebo em muitos casos pode suprir algo que falta ao paciente, como por exemplo: segurança, sensação de pertencer a algum lugar ou pessoa, etc (ADLER e HAMMETT, 1973 *apud* HELMAN, 1994).

Durante as entrevistas estruturadas perguntamos aos médicos e residentes se eles utilizam placebo para o paciente poliqueixoso. Notamos que entre os residentes a adoção do placebo é mais aceita do que pelos médicos (vide tabela 4 nos apêndices), observemos como um dos residentes trata este tema:

Receito sim, principalmente na emergência quando chega esses tipo piti, plasil intramuscular receita fácil e os do ambulatório, é como eu te disse, eu costumo fazer passiflora e é uma forma de ser placebo, porque passiflora é uma erva que tem propriedades terapêuticas mais ou menos aceitas e comprovadas, mas mesmo assim é que nem floral. É placebo? É, e aí os do ambulatório voltam tomando a passiflora e achando muito bom. (...) Eu já fiz gotinha de, o que eu tinha na minha bolsa? Ah, era arnica. Uma vez eu tinha arnica na bolsa, fiz umas gotinhas de arnica, que é amarga para burro, para uma paciente que tinha brigado com a filha e chegou e: “ah,ah,ah” (ofegante). Em 5 segundos a mulher estava ótima. Aí eu falei: mas que remédio bom! E era arnica, e era arnica. Esse placebo foi super bom e ela ficou super boa na hora.

O tipo de tratamento com substâncias placebo pode assumir significados diferentes para os indivíduos poliqueixosos, isto é, a sua prescrição pode ser considerada como uma faca de dois gumes. Por um lado o paciente vai se achar realmente doente e pode vir a considerar que inclusive os seus fracassos sociais se devem a doença. Muitas vezes, ao prescrever uma droga o médico pode estar transmitindo um modelo de como lidar com os problemas sociais que não implicaria em enfrentá-los, mas em usar uma droga. Neste caso o paciente se sentindo tratado talvez os seus relacionamentos sociais até melhorem. Mas por outro lado o paciente pode reivindicar o papel de vítima, tanto dentro da família quanto perante o médico. Lembrando também que o paciente vitimizado pode vir a pleitear benefícios através das instituições, ou seja,

ele pode tentar, por exemplo, um afastamento do trabalho motivado por incapacidade, ou até tentar obter vantagens financeiras junto às instituições de assistência social.

Agora se nos exames nenhuma desordem física é averiguada e mesmo assim o paciente poliqueixoso recebe uma receita de antidepressivo, que pode até estar sendo prescrito como um placebo, isso por si só já estabelece a doença para o paciente. É claro que não é de competência da pesquisadora achar certo ou errado esta ação do médico de prescrever o antidepressivo e nem podemos ou devemos generalizar esta prescrição pelos médicos do HU. Mas nesta pesquisa foi identificado que os poliqueixosos são vistos pelos médicos e residentes entrevistados como indivíduos depressivos ou com propensão a depressão e por isso todos os entrevistados citam que na maioria das vezes os pacientes poliqueixosos recebem a prescrição de um antidepressivo, mesmo havendo uma imensa confusão em torno da palavra depressão.

Devemos esclarecer que se são indivíduos depressivos ou não, não cabe a nós cientistas sociais responder, agora o que nos cabe é questionar: se são considerados depressivos, tomam medicamento e mesmo assim retornam com as mesmas queixas ou com outras, é sinal de que somente a medicação com antidepressivo não é eficaz para este tipo de paciente, ou seja, o uso do antidepressivo isoladamente não tem eficácia para as dores (sintomas) dos poliqueixosos. Dessa forma, entendemos que a cura da depressão deve passar pela normalização do funcionamento biológico, caso seja necessário, mas paralelamente deveria se dar à integração satisfatória do indivíduo com o seu contexto social, ou seja, deveria haver no mínimo uma outra abordagem complementar, principalmente no caso dos pacientes poliqueixosos apontados como depressivos.

Segundo Lobato (1992) até mesmo a prescrição, pura e simples, de tranqüilizantes é

ineficaz para pacientes com dores tipo psicogênicas²³ pois, estes retornam depois de algum tempo ao médico com queixas redobradas, o que ocasiona na maioria das vezes a solicitação de novos exames ou a prescrição de mais sedativos. Com o tempo e com a continuação das dores esse paciente passa a desacreditar na Medicina e passa a apelar para formas não científicas de tratamento, ou então ele continua a sua peregrinação pelos consultórios médicos.

Então a pergunta que fica é: o que fazer para minimizar o sofrimento dos pacientes poliqueixosos dentro do ambulatório do HU? Vamos indicar no próximo item, como os médicos e residentes entrevistados responderam a esta questão.

6.3 Como resolver o problema dos poliqueixosos

Nesta etapa do trabalho procuraremos mostrar o que os pacientes poliqueixosos esperam do médico, na visão dos próprios médicos que os atendem no ambulatório do HU. Estaremos também apontando como os profissionais de saúde entrevistados pensam que poderia ser minimizado o sofrimento desses pacientes poliqueixosos que acabam congestionando os consultórios do ambulatório.

Foi muito gratificante para a pesquisadora deste trabalho saber que os médicos entrevistados querem continuar tratando os seus pacientes poliqueixosos, apesar deste paciente ser um tanto difícil de lidar pelos vários motivos que apontamos ao longo deste trabalho. No entanto esses profissionais da saúde percebem que este tipo de paciente está à procura de um outro tipo de tratamento que não se localiza somente no corpo, no biológico, ou seja, o paciente poliqueixoso oferece o corpo como um instrumento de comunicação dos conflitos do seu mundo

²³ Dor psicogênica é considerado por Lobato (1992:173) como o tipo de “dor que não depende de uma lesão tecidual, atual ou pregressa”. Podemos considerar que este seja um conceito muito amplo, pois que, açambarca vários transtornos e distúrbios. Dessa forma, neste trabalho estaremos utilizando este termo como sendo dores referentes aos eventos da vida, dificuldades ou doenças e também desvios de comportamento que tem sua origem em questões psicológicas pessoais e questões sócio-familiares (PSIQWEB, 2004).

afetivo e sua expectativa é de que seu sofrimento venha a ser tratado tanto fisicamente quanto afetivamente. Na visão dos médicos entrevistados o paciente poliqueixoso está à procura de alguém que o ouça, que o escute atentamente: *“Ah! Eu acho assim, que primeiro eles [os poliqueixosos] esperam poder ser ouvidos, eles querem ser ouvidos. A partir do momento que tu deixa eles te contar você vai ver que o tratamento está metade feito, eles querem ser ouvidos”*.

O ato de ouvir o outro pode ser visto como uma forma de carinho pois, segundo a percepção de um dos residentes: *“A maioria quer carinho de qualquer forma seja por conversa, seja pelo toque, mas a maioria quer carinho”*. Mas parece que carinho só não basta para esses pacientes, eles estão em busca de compreensão pois, eles sempre retornam ao médico como uma forma de se sentir compreendido intimamente: *“Ele sempre retorna, é aquela necessidade de conversar. Ele quer uma pessoa que escute, às vezes ele vem com a mesma queixa, às vezes trás outra queixa, mas ele volta, ele quer... Ele insiste”*.

Quanto ao procedimento do médico de ouvir o paciente poliqueixoso atentamente, analisamos que é uma forma de tratamento mais humanizada onde esse paciente se sente acolhido pelo médico a quem ele demonstra respeito, seja pela competência técnica ou seja pela sua própria acolhida, pois que, para esses pacientes a ação do médico de ouvir as suas queixas é muito importante porque eles não estão doentes na forma convencional em que se estabeleceu o conceito de doença e só através da escuta atenta é que o médico poderá perceber o que aflige esse paciente. Para os entrevistados nesta pesquisa a ação de ouvir o paciente é tão levada a sério que um dos médicos citou que ia solicitar a sua aposentadoria por terapeuta.

A ação de ouvir atentamente também é um dos principais princípios básicos da psicoterapia e segundo Leal (2004) a abordagem psicoterápica aliada ao tratamento do médico clínico ou de outra especialidade é o tratamento mais promissor para o paciente poliqueixoso. Não queremos dizer com isso que essa abordagem psicoterápica que o médico clínico pode

exercer, deva substituir a psicoterapia realizada pelos profissionais da saúde mental pois, estes sim são habilitados para diversas abordagens mais aprofundadas do sofrimento mental. Mas o médico clínico, quando devidamente preparado, pode e deve utilizar-se da função psicoterápica para tentar amenizar o sofrimento do paciente poliqueixoso.

Devemos fazer uma pequena interrupção para explicarmos ao leitor o que consideramos que seja psicoterapia. A psicoterapia é uma técnica terapêutica científica que se baseia na relação interpessoal e se utiliza da comunicação verbal, isto é, do diálogo entre o paciente e o terapeuta, e também se utiliza da comunicação não verbal, neste caso o profissional analisa os gestos, as atitudes, as posturas, as expressões faciais do paciente, etc. De modo geral a psicoterapia colabora no tratamento de várias doenças, sejam elas mentais ou psíquicas, também é aplicada para tratamento dos aspectos emocionais que estão envolvidos nas doenças físicas, particularmente nas chamadas doenças psicossomáticas. Ela é uma técnica que não utiliza medicamentos ou qualquer tipo de equipamento. Para o estabelecimento de uma psicoterapia são necessárias algumas condições básicas como: uma doutrina psicológica, profissionais devidamente qualificados e um relacionamento entre o psicoterapeuta e paciente dentro de limites bem estabelecidos. Existem várias formas de psicoterapia, entre elas: a psicanálise, o psicodrama, a psicoterapia de grupo, etc. Todas elas requerem necessariamente a motivação e o empenho do paciente.

A psicoterapia não deve ser vista como aconselhamento pois, ela baseia-se em uma determinada teoria ou doutrina psicológica e sua aplicação clínica deve obedecer a regras técnicas e métodos bem estabelecidos. Ela de modo geral é realizada por médicos e psicólogos que tem formação teórica e clínica para isso. Já o aconselhamento, em geral, não se apóia em pressupostos teóricos, não tem técnica formalizada. O psicoterapeuta deve ter como meta ajudar o

paciente e para tanto é necessário que ele respeite a autonomia e independência do paciente e sempre que possível usar de neutralidade (CHALUB, 2005).

Essa constatação, inclusive dentro do ambulatório do HU, da ação/função psicoterapêutica do médico clínico para com o seu paciente é própria da Medicina Psicossomática ou do EP psicossomático que teve como um de seus precursores o médico e psicanalista Michel Balint (1896-1970). Balint foi o primeiro médico a unir a Psicanálise e a Medicina no sentido de refletir sobre a dinâmica da relação médico-paciente, instrumentalizando os clínicos a desenvolver uma psicoterapia médica, isto é, em suas teorias discute-se a possibilidade do médico ser uma espécie de psicoterapeuta. Na nossa visão as teorias de Balint são tão atuais que bastaria aos estudantes de Medicina ou aos médicos já formados conhecê-las um pouco melhor para dar início, no mínimo, a uma nova relação médico-paciente.

Além disso, Balint (1975) na década de 50 foi o criador das categorias de organização e oferta das doenças pelo próprio paciente, ou seja, Balint foi um dos primeiros médicos a pesquisar mais profundamente pacientes do tipo poliqueixoso. De acordo com sua teoria, as pessoas inseridas no mundo diante de dificuldades e conflitos sentem-se carentes de ter com quem conversar, desabafar. A pessoa imbuída desta dor acaba por organizar dentro de si, de forma inconsciente porém intencional, um estado patológico, uma doença. A oferta da doença se dá quando o paciente vai a procura do médico como se fosse um pedido de socorro. Nesse caso, podemos considerar essa organização e oferta da doença como uma válvula de escape pois, um grande número de pessoas que vivem atualmente nas sociedades ocidentais, quando se encontram frente a dificuldades e não têm a quem recorrer em busca de auxílio, procuram um médico para se queixar e segundo Balint (1975) uma das missões do médico é a de escutar.

Aliás, devemos considerar também que quando um paciente poliqueixoso pede ajuda através das queixas ele estará creditando toda a sua confiança no médico que o está ouvindo. Por

ser o médico clínico um dos primeiros a ser procurados e um dos mais procurados por esse tipo de paciente cabe a ele aprofundar sua compreensão dos aspectos emocionais envolvidos no adoecimento deste tipo de paciente. Isso é que fará com que a relação médico clínico-paciente poliqueixoso seja boa ou eficaz. Como disse Balint (1975): “o médico constitui-se da primeira droga que se administra ao paciente” e enquanto droga tanto pode ser maléfica (efeito nocebo) ou benéfica (efeito placebo) ao paciente. Portanto o médico, particularmente o médico clínico, é a droga mais importante quando estamos falando sobre o paciente poliqueixoso, é essa droga que poderá ajudar o paciente a reconhecer que está passando por um problema emocional e que este problema emocional está sendo somatizado no seu corpo.

Porém, na maioria das vezes o médico clínico diante de uma doença organizada e ofertada pelo paciente não sabe o que fazer e o envia para um especialista. Este por sua vez solicita vários exames sofisticados como forma de tentar explicar as queixas do paciente poliqueixoso. Para Balint (1975) tanto o clínico quanto o especialista, por não obterem um treinamento de escuta acabam por emudecer ainda mais o paciente tornando-o um objeto a ser distribuído aos especialistas e com isso diluindo a responsabilidade do clínico em relação ao paciente.

Para o tratamento deste tipo de paciente Balint (1975) aconselhava os médicos a realizarem um diagnóstico mais amplo e profundo que não se limitasse à compreensão de todos os sinais e sintomas físicos, mas que também tentasse avaliar a pertinência dos sintomas “neuróticos”. Dessa forma, a teoria balintiana procurava desenvolver possibilidades de escuta, ou seja, esse médico já apontava, lá na década de 50, que pelo menos de 1/4 a 1/3 do trabalho médico deveria consistir em psicoterapia pura. Mas o que vemos é que a formação médica, na maior parte das escolas de Medicina, continuam até hoje a não preparar o profissional para isso. Embora sabemos que muitos clínicos gerais sintam essa necessidade de compreender melhor os

problemas psicológicos e de adquirir maior capacidade terapêutica, mas eles mostram-se, muitas vezes, relutantes em aceitar essa responsabilidade profissional.

Atualmente temos profissionais da saúde como Leal (2004) que aponta que quando o médico ouve atentamente o seu paciente, este lhe revelará a sua própria teoria a respeito do seu adoecimento. Segundo este psicanalista, embora o médico “devido a sua formação técnica tenha habilidades específicas, é o paciente que detém a verdade subjetiva (biológica, psicológica, histórica) a ser decifrada. A função do médico é a de servir como agente facilitador e organizador do processo diagnóstico e terapêutico”. Dessa forma, essa teoria ou essa verdade subjetiva que é informada pelo paciente ajuda o médico a compreender o funcionamento emocional do paciente.

Para estes casos a anamnese é fundamental e ela não difere da anamnese tradicional pois, as informações que deverão ser obtidas são praticamente as mesmas: detalhamento da história da doença atual, patologias prévias, informações sobre o desenvolvimento (infância, adolescência e vida adulta), antecedentes familiares, etc. O que complementaria essa anamnese seria o fato do médico estar sensível à forma como o paciente vivenciou o que informou durante a anamnese, ou seja, a maneira como o paciente relatou os fatos e como estabeleceu nexos ou conexões entre eles. Já que possíveis omissões/evitações no relato podem ser esclarecedoras para o médico. Segundo Leal (2004) o paciente poliqueixoso ao relatar sua história exibirá suas dificuldades e parte desses pacientes, com a ajuda do médico, são capazes de estabelecer correlações significativas entre aspectos de sua vida e o adoecimento atual (ou os prévios). Todas as informações que o paciente relata são fundamentais pois, são elas que informarão ao médico a dinâmica do adoecer desse paciente e são elas também que ajudarão o médico a estabelecer a sua conduta junto a esse paciente poliqueixoso.

Sendo assim, podemos dizer que o EP psicossomático ocasionou avanços na transformação da relação médico-paciente pois, com ele os médicos passaram a ter uma outra

visão do adoecer humano, visão esta que associa mente e corpo, ou melhor que incorpora o biológico, o psíquico e o social. Essa maneira de enxergar o paciente de forma global é que acarreta um salto qualitativo para o futuro da Medicina tornando-a cada vez mais eficaz e humana. Mas essa transformação é ainda muito lenta, posto que, os médicos e também os pacientes continuam a valorizar os recursos tecnológicos que se encontram hiper sofisticados e que são difundidos, muitas vezes, em detrimento do próprio profissional da saúde.

Na nossa pesquisa verificamos que os médicos entrevistados estão mudando a sua forma de se relacionar com os pacientes, eles estão buscando conhecê-los de forma global, ou seja, esses médicos estão deixando de tratar o homem de forma fragmentada como era tratado no EP biologicista/organicista, onde o homem era extraído do contexto global para ser visualizado somente em uma de suas partes, a biológica. Atualmente estamos presenciando dentro do ambulatório do HU um ressurgimento ainda tímido desse conhecimento global. Esse tipo de conhecimento era muito utilizado por aqueles médicos de família anteriores ao fenômeno da especialização médica. Podemos até dizer que os médicos e residentes do ambulatório do HU estão se apoderando de um novo Estilo de Pensamento que busca enxergar o homem através de suas várias dimensões que são: a biológica, a psicológica, a social, a afetiva e a racional. Essas dimensões se complementam no homem tornando-o um ser multidimensional e complexo que por sua vez só poderá ser compreendido se for visto de forma global (MORIN, 2003).

Porém, muitas vezes, esses mesmos médicos não conseguem resolver os problemas psicossociais que estes pacientes apresentam pois, sozinhos eles não conseguem dar conta de toda a complexidade do homem. Talvez tenha sido pensando nessa inabilidade que os médicos têm de tratar o paciente de forma global que os nossos entrevistados apontaram que a maneira ideal para tratar esses pacientes é em equipe. Mas não estamos nos referindo a uma equipe qualquer, mas a uma equipe multidisciplinar que contenha profissionais especializados na área médica, em:

Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Pedagogia, Sociologia, Antropologia, área jurídica, etc. Onde cada um desses elementos, dentro da sua especialidade, pudesse trocar saberes entre si para poder tratar o indivíduo no todo, no global, dentro da complexidade que é inerente de todo ser humano. Todos os médicos e residentes entrevistados acreditam que o estabelecimento de equipes multidisciplinares é uma das saídas para tentar minimizar o sofrimento desses pacientes. Isso não quer dizer que esses médicos não queiram continuar atendendo esses pacientes, pelo contrário eles querem é atender melhor o paciente poliqueixoso:

Então, até às vezes para tirar um pouco do ombro do próprio médico, não que eu ache que a gente não seja parte... Mas é que às vezes tu não consegue dar para esse paciente o que ele merece. Tu não consegue por incompetência tua, tu não consegue porque tu já perdeu tua paciência ou tu não consegue porque não está enxergando direito.

Observemos outro médico se expressando sobre o tema: *“O trabalho tem que ser multidisciplinar e não unidisciplinar. Se você for ver não tem vaga, psiquiatra não tem vaga. Precisa ter Serviço Social, Psicologia, etc, etc, etc”*.

Destacamos também a fala de um dos residentes mencionando as equipes multidisciplinares para o tratamento de pacientes poliqueixosos:

() eu acho que a solução são as equipes multidisciplinares, eu acho que isso seria excelente. Uma assistente social, uma psicóloga, um psiquiatra, um clínico geral, outras especialidades que quisessem entrar. Sabe, eu acho que valeria muito a pena que esses pacientes pudessem passar por diversos profissionais não para atravancar mais a vida desses pacientes, não. Mas para de repente ver aonde mais pode ser ajudado. Para de repente, ajudar porque o paciente está aqui, ele vem para cá e de alguma forma ele está sofrendo, sabe. Então de repente poder oferecer o melhor para ele, até para daí desatavancar as emergências, para daí o teu tratamento render e até para o paciente. Nossa desatolar!

A proposta de trabalhar com os poliqueixosos através de uma equipe multidisciplinar não tem como objetivo a transferência deste paciente para outros especialistas e nem tampouco a pulverização dos poliqueixosos entre vários outros profissionais da saúde. Entendemos que a proposta dos entrevistados é de realizar um trabalho cooperativo e consciente da equipe em

relação aos pacientes poliqueixosos. Dessa forma, teremos os especialistas de várias áreas formando uma equipe multidisciplinar tendo como objetivos principais: atender esses pacientes em sua multiplicidade de queixas, buscar interpretações adequadas dos sintomas oferecidos por eles e principalmente resgatar os indivíduos adoecidos psicossocialmente e levá-los a reconquistar sua saúde global. Essa nova hipótese de trabalho não pode ser de modo nenhum implantada como um sistema de ações cooperativas sem que tenhamos como um dos membros da equipe a própria instituição hospitalar e também a presença da própria Universidade que dispõe de recursos humanos para isso. Ambas são figuras importantes pois, serão elas quem subsidiarão o respaldo necessário para que essa equipe se construa e se mobilize em prol da promoção da saúde e também da retomada da cidadania de vários indivíduos, (re)inserindo-os a um novo caminho a ser percorrido no mínimo de forma mais consciente.

Mas como poderemos juntar vários profissionais de diferentes áreas para trabalharem juntos? Para responder essa questão apreenderemos um pouco das teorias de Edgar Morin.

6.3.1 A equipe multidisciplinar

Morin (2003) aponta que a palavra chave que essas equipes multidisciplinares devem exercitar é a compreensão humana intersubjetiva, isto é, a compreensão que comporta um conhecimento de sujeito para sujeito, que requer entre outras coisas: identificação entre os sujeitos; tolerância; empatia; respeito entre os saberes dos sujeitos; e principalmente generosidade, afastando o egocentrismo. A compreensão humana intersubjetiva é um conceito que se encaixa tanto para o trabalho dentro das equipes multidisciplinares, ou seja, na relação de profissional para profissional, quanto entre os profissionais de saúde e seus pacientes na relação médico-paciente, principalmente quando estamos falando de pacientes poliqueixosos pois, “a

compreensão é o conhecimento que torna inteligível a um sujeito não só outro sujeito mas também tudo o que está marcado pela subjectividade e a afectividade” (MORIN: 1999a:139).

Nós como pesquisadores em Ciências Sociais avaliamos que essas equipes multidisciplinares, para que dêem resultado positivo, precisam operar como equipes transdisciplinares. Essa inovação estará na forma de como se dará a comunicação entre as disciplinas, ou seja, essa inovação só ocorrerá quando se eliminarem as fronteiras entre as várias disciplinas que compõem as equipes multidisciplinares sem que se opere a redução em uma dessas disciplinas, mas que se opere a comunicação com base em um Pensamento Complexo.

Sintetizando, o Pensamento Complexo é mais do que um esforço em juntar as partes, na visão de Morin (1999b) ele é uma superação, ou melhor, se apresenta como uma ampliação do saber, uma multidimensionalidade do saber. A nosso ver o Pensamento Complexo é aquele que poderá conduzir essas equipes a um novo Estilo de Pensamento, que dará origem a uma nova forma de tratamento eficaz para os pacientes poliqueixosos. Lembramos que todas as transformações na forma de pensar ou o surgimento de novos EPs se dão inicialmente em pequenas transformações internas, microscópicas até, onde percebemos já haver o germe delas no HU, só falta aflorar e tornar possível que elas venham a se realizar.

Ao analisarmos as falas dos médicos e dos residentes percebemos que é necessário investir nesta nova forma de trabalho multidisciplinar/transdisciplinar e em se tratando de saúde nada melhor do que começar nos próprios ambulatórios dos HUs que podem ser considerados espaços perfeitos para pesquisas e novas formas de tratamento. Por se tratarem de hospitais-escolas acreditamos que os HUs são facilitadores de experimentação de novas práticas que os médicos acreditem serem mais bem sucedidas em relação a alguns tipos de pacientes, como por exemplo, os poliqueixosos. Além disso, essas instituições hospitalares têm recursos humanos disponíveis e qualificados através das universidades, e estarão também se aliando nesta forma

de trabalho a experiência de profissionais mais antigos com a vontade dos novos profissionais de várias áreas em conhecer e tratar os indivíduos de forma mais adequada e plausível. Com certeza, a médio prazo, todo o curso de Medicina será envolvido por este novo Coletivo de Pensamento que estará reorganizando todo um Estilo de Pensamento que já se encontra em ebulição dentro do curso de Medicina da UFSC e também no HU. Cutolo denomina este novo EP de Saúde Coletiva, mas nesta pesquisa, por influência de Morin, resolvemos denominá-lo de Estilo de Pensamento da Complexidade.

Entretanto consideramos que o HU da UFSC deveria, primeiramente, empreender esforços na implantação de algum tipo de triagem desses pacientes poliquixosos no seu ambulatório, para que aí sim, pudesse ser aplicado para esses pacientes o tratamento multi/transdisciplinar. A nosso ver essa triagem deveria ser realizada através dos próprios médicos que atendem no ambulatório do HU.

Ampliando um pouco mais a nossa análise podemos apontar que esse trabalho multi/transdisciplinar talvez pudesse ser realizado juntamente com grupos terapêuticos constituído de pacientes poliqueixosos que tenham passado por uma triagem.

6.3.2 Grupos terapêuticos

Os grupos terapêuticos podem ser formados por pessoas conhecidas ou não, pertencentes ou não a mesma classe social ou profissão e com demandas semelhantes ou não. Geralmente quando esses grupos são formados para demandas em saúde eles são semelhantes. Esses grupos se reúnem semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente em média por uma hora e discutem seus problemas e aflições. Eles são monitorados por um psicólogo ou por uma equipe multidisciplinar como médico, assistente social, pedagogo, sociólogo, etc, isso vai depender do

tipo de tratamento que essas pessoas necessitam. Essa técnica é conhecida como grupoterapia e já é utilizada em alguns postos de saúde da rede pública para atuar nos níveis de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Em Florianópolis sabemos da formação de grupos terapêuticos estabelecidos em postos de saúde da rede pública, cujos pacientes são portadores de doenças crônico- degenerativas como, por exemplo: a diabetes e a hipertensão. Existem também outros grupos de atendimento como por exemplo: a gestantes, adolescentes, etc.

Santos (2002) observou em sua pesquisa que alguns grupos terapêuticos estabelecidos em unidades de saúde de Florianópolis e que têm vínculo com o PDA enfrentam vários problemas, como aqueles relacionados aos recursos técnicos, teóricos, metodológicos e estruturais, mas mesmo assim é válido a sua implantação pois, eles requerem menores custos para com a assistência à saúde e mostram-se viáveis, eficazes e eficientes para o enfrentamento das demandas em saúde. Além disso, eles contribuem no desenvolvimento de subsídios teórico-práticos de intervenções interdisciplinares dos profissionais de saúde que coordenam grupos, e com isso obtêm-se o manejo mais adequado destes fenômenos grupais para a promoção de saúde.

Quanto à formação de grupos terapêuticos para atendimento de pacientes poliqueixosos temos conhecimento que no Brasil já houve pelo menos uma experiência que foi considerada satisfatória pelos médicos e outros profissionais que atuaram nos grupos. Essa experiência, praticamente pioneira, que se realizou na década de 90, no HU da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ou seja, dentro de uma instituição federal de saúde, mostrou que é viável a abordagem psicoterápica grupal com esses pacientes. Todavia os profissionais de saúde que trabalharam com o grupo constataram há necessidade de se desenvolver técnicas psicoterápicas para o aprimoramento deste tipo de estratégia terapêutica relacionada aos pacientes poliqueixosos. Inclusive é mencionado, pelos profissionais de saúde, a necessidade no

aprimoramento do atendimento centrado no trabalho interdisciplinar e multiprofissional (PROENÇA; FORTES e CALDAS, 1997).

Há de se considerar que a formação dentro do HU de pelo menos um grupo terapêutico, de pacientes considerados poliqueixosos que fossem observados e tratados por uma equipe multi/transdisciplinar, seria muito interessante para que no mínimo os próprios profissionais que fazem parte da equipe pudessem começar a conhecer um pouco mais o estado emocional deste tipo de paciente e com essa aprendizagem pudesse ser realizado no futuro, quem sabe a médio prazo, alguma ação mais atuante dentro do próprio HU para a estruturação de um atendimento mais eficaz para este tipo de paciente, que por enquanto continua a saturar o sistema público de saúde e continua não obtendo solução para o seu problema.

Não estamos propondo que os pacientes poliqueixosos sejam todos colocados num mesmo nível, pois que, cada um deles trará para o grupo problemas específicos que serão próprios da subjetividade de cada um, mas de certa maneira, essa junção dos pacientes num grupo ajudará a equipe multi/transdisciplinar a apontar quais os principais problemas enfrentados por esses pacientes, sejam eles problemas biológicos, psíquicos e principalmente sociais e talvez através da multi/transdisciplinaridade poder tentar resolver cada um dos problemas. É um desafio para os profissionais que farão parte da equipe, é também um trabalho árduo mas, não é impossível para quem aprendeu que o paciente é muito mais que um corpo, ou melhor que o paciente se compõem de 3 corpos, o biológico, o psíquico e o social e estes sobrevivem juntos as agruras da vida.

Um dos médicos que fez parte desta pesquisa mencionou que tem esperanças que com a implantação do PSF, como residência no HU, possa haver propostas de mudança, desde que haja interesse por parte de todos: médicos, instituição e também pacientes. Quanto a isso verificamos em nossa pesquisa que os médicos e residentes têm interesse em mudar. Mas mesmo havendo o

interesse em mudanças precisa-se também, como citou um dos médicos entrevistados, “*ensinar os patinhos a nadar*”, ou seja, precisa-se no mínimo aprimorar a formação dos futuros médicos para que possamos estabelecer novas formas de tratamento dentro do ambulatório do HU da UFSC. Enquanto isso não acontece, ou melhor acontece muito lentamente, os profissionais de saúde que trabalham no HU e também os pesquisadores na área de saúde não ficam impedidos de pelo menos pensar em novas estratégias para lidar com as mais variadas doenças e problemas que os pacientes levam para dentro dos ambulatórios das instituições hospitalares sejam elas federais ou não.

Nossa intenção com esta pesquisa não é de abolir com os pacientes poliqueixosos que freqüentam o ambulatório do HU, com certeza isso não seria possível, pois que, problemas sociais estão por aí para serem vivenciados pelos indivíduos de forma bastante particular. Mas a intenção é de refletir sobre o fenômeno e procurar formas de resolvê-lo. Não estamos querendo com este trabalho fazer uma crítica nem aos médicos e muito menos a instituição hospitalar, só esperamos que esta pesquisa sirva pelo menos de estímulo aos profissionais de saúde que busquem novas formas de aprimoramento nos tratamentos das doenças biopsicossociais e também um aprimoramento na relação médico/paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar uma investigação para conhecer os discursos que os médicos e residentes com especialização em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU articulam sobre o transtorno poliqueixoso, que constatamos como sendo o de maior incidência no ambulatório do HU; e também saber quais as condutas desses médicos e residentes em relação aos pacientes portadores dele, sendo que, segundo os entrevistados, estatisticamente são as mulheres com idade média entre 41 a 50 anos quem mais sofrem com este transtorno e que acabam se tornando freqüentadoras assíduas do HU, acabou se constituindo em um desafio pois, tivemos que ir além dos discursos dos médicos que foram averiguados através de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas realizadas com os mesmos. Ou seja, acabamos utilizando como parte integrante da metodologia deste trabalho conhecer como foi se estruturando, através dos séculos, a percepção médica sobre determinadas doenças ou determinados fenômenos. Para isso utilizamos como referencial de análise as categorias Estilo de Pensamento (EP) e Coletivo de Pensamento (CP) de Ludwick Fleck .

Ao longo dos primeiros capítulos desta dissertação procuramos mostrar que a história da ciência médica foi sendo edificada através de vários EPs que coexistiram e coexistem até hoje nas sociedades ocidentais, os que destacamos neste trabalho foram: o EP mágico-religioso, o organicista/biologicista, o higienista/preventista, o médico social, o tecnocientífico e o psicossomático. Durante a realização da revisão bibliográfica notamos que em determinados períodos históricos certos EPs tiveram mais destaque do que outros. Mas apesar disso, eles coexistiram com outros EPs, por exemplo: na Antiguidade, quando o homem combatia as doenças através do modo empírico e do pensamento mágico, o EP que predominava era o

mágico-religioso, mas o organicista e o preventista também se encontravam presentes, nem que fossem somente como uma protoidéia.

Além de apontarmos os EPs predominantes em cada período histórico, transitamos ainda pela estruturação e institucionalização dos hospitais e das escolas médicas e também através da racionalidade que foi se impondo aos profissionais da área médica. Com certeza a história da Medicina não se construiu apenas dos aspectos que foram apontados nesta dissertação e, muito menos, somente através destes EPs, mas seria impossível tentar abarcar toda a história da ciência médica e todos os EPs que fizeram e ainda fazem parte dela. Os EPs que foram apontados nesta pesquisa além de colaborarem na construção da ciência médica, percebemos também que eles influenciaram e continuam a influenciar a visão médica relativa as várias doenças e as suas mais variadas formas de tratamentos, haja vista a pequena história da hipocondria que apresentamos ao longo deste trabalho.

Consideramos que todos os EPs foram muito importantes, porém nos parece que um deles predominou no que diz respeito à percepção médica sobre as formas do adoecer humano. Estamos nos referindo ao EP organicista/biologicista que propaga a idéia de que todas as doenças têm uma causa orgânica. Não há dúvidas que com este EP, que se instalou de vez nos currículos médicos na primeira metade do século XX com o relatório Flexner, o homem descobriu e conheceu muitas doenças e aprendeu a tratá-las, entretanto este EP tem como prioridade somente o biológico se esquecendo que o ser humano tem outras dimensões como: a histórica, a social e a psicológica e estas podem influenciar o biológico. Portanto, a nosso ver, este EP trouxe para a ciência médica um reducionismo que desconsidera toda a complexidade do ser humano para assisti-lo somente como um ser biológico. Na maneira como este EP foi imposto nos currículos médicos, isto é de forma coercitiva, podemos considerar que ele passou a fazer parte do *habitus* de todo grupo social do qual os médicos pertencem e muitos cursos de Medicina,

inclusive o da UFSC, por exemplo, continuam a priorizar este EP nos seus currículos. O EP organicista/biologicista encontra-se tão consolidado nos currículos médicos que na maioria das vezes os estudantes se formam sem ao menos ouvirem falar do transtorno poliqueixoso ou do hipocondríaco, já que estes não denotam uma doença na forma estabelecida convencionalmente; isso também foi apurado nesta pesquisa com os residentes do HU onde eles citaram que o conhecimento desse tipo de paciente só vai acontecer na prática cotidiana da profissão, ou seja, quando eles já estiverem fora do curso de Medicina.

Intimamente ligado ao EP organicista/biologicista encontramos em plena atividade em todos os setores da saúde o EP tecnocientífico com toda uma nova forma de diagnosticar doenças através de exames sofisticados onde o paciente é visualizado somente na objetividade da doença. De um lado, há muitos médicos que até substituíram a anamnese pela solicitação de vários exames. De outro lado, há muitos pacientes que exigem que o médico solicite exames e fazem questão de sair do consultório com a prescrição de uma droga qualquer. Portanto, não podemos de maneira nenhuma generalizar e apontar que os médicos são os únicos responsáveis por essa visão tecnocientífica do ser humano pois, como foi visualizado ao longo deste trabalho, a isso acrescentamos: as mudanças sociais, os progressos tecnológicos, os interesses políticos e econômicos, a mídia, etc.

Não temos dúvida que os avanços tecnológicos trouxeram benefícios incontestáveis no diagnóstico e tratamento de várias doenças, entretanto, consideramos que é necessário não priorizar somente isso, pois se assim for, o médico perderá cada vez mais a sua capacidade de compreender o doente como pessoa. As tecnologias são importantes mas elas por si só não dão conta de compreender o sofrimento do paciente, suas dificuldades, os seus temores e as suas angústias. As dificuldades e sentimentos estão longe de serem compreendidos por máquinas e só poderão ser compreendidos pelo médico e dentro de uma situação de empatia, onde por um lado,

o paciente tenha possibilidade de os expor, e por outro lado, o médico possa compreender o que realmente está se passando fisicamente e emocionalmente com o paciente, uma vez que todo ser humano é produto de um complexo que envolve o biológico, o psicológico e o social. Mas infelizmente, a maioria dos currículos médicos dedicam ainda pouca importância a essa formação humanística do médico. Eles continuam privilegiando o lado organicista e tecnicista da Medicina em detrimento de uma formação mais abrangente. Isso acaba propiciando o surgimento de profissionais despreparados para lidar com o sofrimento e as dores alheias.

Nesta pesquisa verificamos que a proximidade que os médicos e residentes entrevistados têm com o EP organicista/biologicista, de certa forma, os faz ter uma preocupação constante em determinar uma causa orgânica ou biológica para qualquer sintoma e também como forma de procurar uma causa para o transtorno poliqueixoso, que foi o transtorno que aprofundamos neste trabalho e que é considerado por especialistas na área médica (Leal, 2004; Atta, 2004; Bombana 2004) como um transtorno de somatização de problemas de ordem psicossocial e emocional que só poderá ser percebido se o médico tiver uma preparação mais humanística. A constatação dessa proximidade ocorreu, pois que, alguns dos entrevistados mesmo não encontrando nenhum problema orgânico nos pacientes poliqueixosos eles acabam estabelecendo a depressão como causa endógena das poliqueixas. Não nos coube discutir nesta pesquisa se poliqueixosos são pacientes depressivos, uma vez que, a palavra depressão é utilizada freqüentemente de várias maneiras, como foi visto neste trabalho. Entretanto nos pareceu que esse diagnóstico de depressão, como também o de fibromialgia, ocorre como uma forma de estabelecer uma causa biológica para as poliqueixas e assim poder tratar esses pacientes, medicando-os muitas vezes com antidepressivos ou qualquer outra droga que esses profissionais acham conveniente.

Mas mesmo havendo essa íntima relação dos médicos e residentes entrevistados com o EP biologicista/organicista, e claro que com o EP tecnocientífico, verificamos que eles estão também

se constituindo como Objetos Fronteiras entre vários Estilos de Pensamento, entre eles destacamos o EP psicossomático que busca conhecer o paciente de forma integrativa, ou seja, nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Observamos que os entrevistados sob a influência do EP psicossomático estão captando através de uma escuta mais atenta outras dores que não são correspondentes às partes do corpo, mas sim “da alma”, conforme foi declarado por um dos médicos entrevistados nesta pesquisa.

Entre as tais “dores da alma” os entrevistados incluem as poliqueixas que na visão deles é produto dos diversos problemas sociais os quais os indivíduos enfrentam no seu cotidiano, como por exemplo: o desemprego e a violência doméstica contra a mulher, que foi enfocada neste trabalho, sendo que, estes problemas sociais também podem levar alguns indivíduos a se tornarem depressivos. Porém a abordagem dos problemas psicossociais pelos entrevistados é difícil, pois que, nas interações entre o médico e as múltiplas situações de casos singulares que se apresentam através do paciente poliqueixoso emergem limitações por parte dos médicos. Na maioria das vezes esses profissionais da saúde se sentem impotentes para lidar com estes problemas. O que muitas vezes ocasiona que os pacientes poliqueixosos sejam diagnosticados como depressivos e medicados como tal, tentando com isso amenizar o sofrimento dos pacientes. Entretanto, essa prática médica que alguns dos entrevistados utilizam, pode acabar acarretando uma medicalização desses problemas sociais que têm uma especificidade muito mais ampla do que pudemos apresentar nesta pesquisa através da violência doméstica. Com certeza, sendo medicado o paciente se sentirá cuidado, amparado, acolhido mas essa medicação não estará sanando o problema do paciente poliqueixoso que é muito mais complexo do que a depressão diagnosticada. Tanto é que, com certa frequência, o paciente poliqueixoso retorna ao médico levando novas queixas. A medicalização de um problema psicossocial como a violência doméstica, por exemplo, muitas vezes só estará legitimando o discurso do paciente de sentir-se

doente sem ter uma doença orgânica expressiva. Além de que algumas drogas prescritas, como as antidepressivas, por exemplo, podem gerar uma dependência ao medicamento difícil de ser resolvida.

No entanto, mesmo havendo dificuldades para abordar os problemas psicossociais que os poliqueixosos ofertam aos médicos e residentes entrevistados, percebemos que existe vontade dos médicos em continuar tratando desses pacientes, mas eles também sabem que sozinhos não darão conta dos problemas que os poliqueixosos levam para eles pois, os entrevistados têm consciência que esse tipo de paciente necessita de algo mais, de uma atenção maior que não seja voltada somente para o biológico, mas também para psicológico e o social. Dessa forma, consideramos que são necessárias outras alternativas para tratar o paciente portador do transtorno poliqueixoso na forma como ele foi visualizado neste trabalho, ou seja, como sendo fruto de problemas psicossociais.

Entre as formas alternativas que os próprios médicos e residentes citaram encontram-se as equipes multidisciplinares. Essa equipe deveria ser composta por profissionais de várias áreas, como por exemplo: o médico clínico, o médico psiquiatra, o psicólogo, o sociólogo, o assistente social, um jurista para casos de violência, etc. Entretanto, a nosso ver, essa equipe multidisciplinar deveria operar como equipe transdisciplinar onde a comunicação entre as disciplinas tenham como base o Pensamento Complexo, isto é, aquele pensamento que une e distingue: “apto a unir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo a reconhecer o singular, o individual e o concreto” (MORIN, 2000: 36).

Essa equipe multi/transdisciplinar talvez pudesse trabalhar junto aos grupos terapêuticos formados com este tipo de paciente. Mas para que sejam formados os grupos terapêuticos consideramos que inicialmente tenha que ocorrer uma triagem desses pacientes no ambulatório do HU.

A participação do HU como hospital-escola é imprescindível para o êxito dessa nova forma de tratamento, pois que, primeiramente ele faz parte da universidade federal onde estão os recursos humanos para o desenvolvimento desta nova forma de tratamento e também porque é ele, que de certa forma, quem dita como deve ser a relação entre o médico e o seu paciente, e também é ele quem dita como deve ser a relação entre o médico e a doença que se apresenta através do paciente.

Tudo o que foi analisado nesta pesquisa nos leva a crer que os médicos e residentes, especializados em clínica médica e que trabalham no ambulatório do HU, estão se organizando em um novo Coletivo de Pensamento que tenta buscar soluções para os pacientes que vão ao seu encontro no ambulatório à procura de ajuda para tentar aliviar as tensões que são provocadas por problemas de ordem social. Com a formação deste CP está em vias de ser configurado um novo Estilo de Pensamento no ambulatório do HU que com certeza ganhará espaço também no curso de Medicina da UFSC. Esse novo EP foi denominado nesta pesquisa de Estilo de Pensamento da Complexidade. Mas é muito importante que esse novo EP venha se configurar como um EP aglutinador, ou seja, que una as forças dos mais variados CPs e transcenda a elas.

Sendo assim, podemos avaliar que a complexidade do processo saúde/doença não permite que os médicos se baseiem em um único EP em se tratando do adoecer humano. Mas para que os médicos venham a ter essa visão mais complexa de saúde/doença, onde se encaixam o biológico, o psicológico e o social, é necessário que já durante a formação médica haja uma maior integração interdisciplinar, ou seja, haja diálogo dos estudantes de Medicina com outras disciplinas, como por exemplo: a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia, etc. Só assim poderemos mudar essa visão estereotipada, que inclusive muitos de nós ainda temos, de que doença é somente um problema orgânico.

Concluindo este trabalho e como forma de iniciar uma futura pesquisa poderíamos adiantar que o nosso próximo passo, como cientista social, será a produção de conhecimento sobre o adoecer humano tendo como referência a subjetividade do paciente poliqueixoso com relação ao seu processo de viver e de se interar com a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, Saul Franco. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. Boletín Epidemiológico de la OPS, 1990. 11, p. 1-7.

ALBANO, Celina; MONTEIRO, Paula. Anatomia da violência. In: LUZ, Madel Therezinha (org). *Lugar da mulher*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. A doença mental e sua institucionalização. In: *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Souza; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Revista Millenium*. Portugal: Instituto Superior Politécnico de Viseu, janeiro de 2002. Volume 6, ano 6, nº 25, p. 201-214.

ALEXANDER, Franz Gabriel; SELESNICK, Sheldont. História da psiquiatria. São Paulo: IBRASA, 1968.

ÂNGULO-TUESTA, Antonia de Jesús. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. Mestrado (Escola Nacional de Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Hospital: instituição e história. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, fevereiro de 1997. Volume 31, nº 1, p. 71-77.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Transtornos somatoformes. In: *DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 425-447.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO. A informação ao consumidor sobre os medicamentos isentos de prescrição. <www.abimip.org.br>. Acessado em 22 de setembro de 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS. Genéricos.<www.progenericos.org.br/index>. Acessado em 27 de setembro de 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA. <www.medicinaantroposofica.com.br>. Acessado em 15 de agosto de 2004.

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE PSIQUIATRIA. Notícias.< www.ampnet.org.br>. Acessado em 11 de agosto de 2002.

ATTA, José Antonio. Comunicação Unifesp. Revista Saúde Paulista. <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 15 de maio de 2004.

AZEVEDO, Maria Amélia. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985.

BACELAR, Simônides et alii. Expressões médica errôneas e sugestões corretivas. Revista Brasília Médica, Brasília, 2001. Nº 38(1/4) p. 58-63. <www.ambr.com.br/revista/>. Acessado em 18 de março de 2004.

BALINT, Michel. Diagnóstico. In: *O médico, seu paciente e a doença*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. Parte I, p. 5-78.

BALLONE, Geraldo José; ORTOLANI, Ida Vani. Violência doméstica. <www.psiqweb.med.br/violdome>. Acessado em 10 de outubro de 2004.

BARROS, José Augusto C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. Revista Saúde Pública, São Paulo, p. 377-386. 1983.

BARROS, José Augusto C. A preocupação dos efeitos indesejáveis dos medicamentos: importância dos sistemas de farmacovigilância. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 1992. nº 36, p. 76-80.

BASTIDE, Roger. Sociologia das doenças mentais. São Paulo: Editora Nacional, 1967.

BATES, Bárbara; HOEKELMAN, Robert A.; BICKLEY, Lynn S. Propedeutica médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BEAUVOIR, Simone. O Segundo sexo. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BEVILACQUA, Viviane. A vida pulsa no HU. Jornal Diário Catarinense. Florianópolis/SC, domingo, 11/7/2004. p. 4-6.

BOLTANSKI, Luc. Os usos sociais do corpo. In: *As classes sociais e o corpo*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. Parte II, p. 167-185.

BOMBANA, José Atílio. Comunicação Unifesp. <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 15 de maio de 2004

BOURDIEU, Pierre. Pierre Bourdieu: sociologia. In: ORTIZ, Renato (org). *Esboço de uma teoria da prática*. São Paulo: Ática, 1983. p. 46-81.

CÁCERES, Florival. História do Brasil. São Paulo: Editora Moderna, 1993.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 4. edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 145.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTILLO, Daniel Prieto. Comunicación y percepción en las migraciones. Barcelona: Serbal/Unesco, 1984.

CERQUEIRA, Sebastião Ailton da Rosa. Estudo da função extensionista e assistencial do HU da UFSC na percepção da atual direção. Dissertação (Faculdade de Administração), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

CHALUB, Miguel. Psicoterapias. <<http://emedix.com.br/psico>>. Acessado em 15 de janeiro de 2005.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Poliqueixoso: metáfora ou realidade? Doutorado (Faculdade de Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

CHAVES, Mário. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. <www.ufrj.br/leprans>. Acessado em 10 de fevereiro de 2005.

CHIOZA, Luís. Por que adoecemos: a história que se oculta no corpo. Campinas, SP: Papirus, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1666/2003. <www.cfm.org.br>. Acessado em 22 de maio de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Escolas médicas. <www.cfm.org.br/escolasmedicas>. Acessado em 18 de julho de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Capítulo III, artigo 29- Responsabilidade profissional. <www.portalmedico.org.br>. Acessado em 27 de janeiro de 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estatísticas. <www.cfm.org.br/estatística>. Acessado em 13 de março de 2005.

CORDÁS, Táki Athanássios. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores – uma introdução histórica. São Paulo: Lemos editorial, 2002.

COSTA, Maria Cristina Castilho. Sociologia: Introdução à ciência da sociedade. São Paulo: Moderna, 1987.

COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

COTRIM, Gilberto. História Global: Brasil e geral. 5ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 1999.

COULEHAN, John L.; BLOCK, Marian.R. A entrevista médica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CREMESC. Ética médica: atendimento pré-hospitalar e transferência inter-hospitalar de urgência e emergência em Santa Catarina. <www.cremesc.org.br>. Acessado em 20 de agosto de 2004.

CREMESP, Jornal do. Estudos revelam os efeitos da violência doméstica contra a mulher. Edição nº 185 de janeiro de 2003. <www.cremesp.com.br>. Acessado em 10 de outubro de 2004.

CRESPO, Jorge. A educação do corpo. In: *A história do corpo*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1990. Capítulo VI, p. 463-566.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; DELIZOICOV, Demétrio. O currículo do curso de graduação em medicina da UFSC: análise a partir das categorias fleckianas. In: Encontro Nacional de Pesquisa e Educação em Ciências, 2., 1999, Valinhos. *Atas*. Valinhos: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, 1999.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Doutorado (Centro de Ciências da Educação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

D'ANDREA, Flávio Fortes. Neurose hipocondríaca. In: *Transtornos psiquiátricos do adulto*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil SA, 1988. p. 152-155. 232 p.

DA RÓS, Marco Aurélio. Estilos de pensamento em saúde pública. Um estudo da produção da FSP e ENSP- Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Doutorado (Centro de Ciências da Educação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DAY, Vivian Peres, et alii. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol.25 supl.1, p. 9-21. Abril de 2003.

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rudiger. A doença como caminho : uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. São Paulo: Cultrix, 1983.

DÍAZ-JOUANEN, E. Las especialidades médicas: papel de las instituciones educativas y de las instituciones de salud. *Gaceta Médica de México*, 126(1), p. 25-26. 1990.

DONNANGELO, Maria Cecília F. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUARTE, Luís Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Capítulo 6, p. 83-90.

DUARTE, Luzia Travassos; CASTRO, Marilita Lúcia de. A anamnese. <www.psy.med.br/textos/medicopaciente/anamnese.pdf>. Acessado em 9 de dezembro de 2004.

DUNNING, A. Status of the doctor – present and future. *The Lancet*: 2000. V. 354, p. 18.

DURKHEIM, Émile. Da divisão do trabalho social. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO. Estudantes de farmácia coordenam campanha nacional. <www.pcarp.usp.br> Acessado em 23 de setembro de 2004.

FAXON, Nathaniel W. A history of hospitals. In: *The hospital in modern society*. New York: The Commonwealth Fund, E. L. Hildred & Company Inc, 1943.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Banco de dados. <www.fbh.com.br> Acessado em 17 de maio de 2004.

FERNANDEZ, Antonio Tadeu. Semmelweis: uma história para reflexão. <www.ccih.med.br>. Acessado em 18 de junho de 2004.

FERREIRA, Pedro Eugênio M.; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína, lendas e abusos. Revista Brasileira de psiquiatria, São Paulo, junho de 2001, vol. 23, número 2.

FLECK, Ludwik. La gènesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza editorial, 1986.

FOUCAULT, Michel. O Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 15ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

FREIRE, Gilberto. Sobrados e mucambos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora José Olímpio, 1951.

FREIRE, Gilberto. Casa grande e senzala. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora José Olímpio, 1954. Volume 1.

FREUD, Sigmund; BREUER J. Études sur l' hystérie (1895). Paris: PUF, 1ª edição 1956, 1996. p. 207.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. História. <www.fiocruz.br>. Acessado em 10 de junho de 2004.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado: como vivem e o que pensam as brasileiras no início do Século XXI. <www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/violência>. Acessado em 31 de outubro de 2004.

FURLANETTO, Letícia Maria. Tristeza, síndrome depressiva ou transtorno depressivo? <www.hu.ufsc.br/~leth/tristeza.html>. Acessado em 15 de dezembro de 2004.

GERGES, Márcia Cruz. O processo decisório do regimento interno do hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Revista de Ciências da Saúde, Florianópolis, volume VII, nº 2. 1992.

GOFFMAN Erving. Manicômios, Prisões e conventos. São Paulo: perspectiva, 1996.

GOMES, Ordival Cassiano. História da Medicina no Brasil no século XVI. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de História da Medicina, 1974.

GOMES, Beto. Comportamento. Revista Saúde Paulista. Ano 2, nº 7– 2002. <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 15 de maio de 2004.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Administração de recursos humanos nas instituições de saúde. São Paulo: Pioneira, 1987.

GRANDINO, Adilson; NOGUEIRA, Durval. Conceito de psiquiatria. São Paulo: Editora Ática, 1985.

GREGORI, Maria Filomena. Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra/ANPOCS, 1993.

GRISOTTI, Márcia. Saúde e meio ambiente: a construção médica e popular de uma doença infecciosa emergente. Doutorado (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática médica como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

GROSSI, Miriam Pilar. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal. In: Pedro JM e Grossi MP organizadores, *Masculino Feminino Plural*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1998.

GRUPO de APOIO e PREVENÇÃO a AIDS. Histórico da AIDS. <www.connect.com.br/~gapahp/historico>. Acessado em 15 de fevereiro de 2004.

GUIRRO, Rose. Um período barra pesada. Revista Saúde Paulista. Ano 3 nº 9 jan/março de 2003. <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 22 de agosto de 2004.

HEGENBERG, Leonidas. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

HEINISCH, Liana Miriam Miranda.. Otimização da entrevista médica. Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERSCHMAN, Micael M. A arte do operatório: medicina, naturalismo e positivismo 1900-1937. In: HERSCHMAN, Micael M; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder (orgs). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. P. 43-65.

HITA, Maria Gabriela. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetória. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina (org). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p.179-213. 245 p.

HOLLANDA, Sérgio Buarque de (org). Medicina no período imperial. In: *História geral da civilização brasileira*. 3ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Difel, 1976. Tomo II, volume 3, p. 467-489.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000. População estimada. <www.ibge.gov.br>. Acessado em 13 de março de 2005.

IRMANDADE SENHOR JESUS DOS PASSOS. Hospital de Caridade. <www.hospitaldecaridade.com.br/hospital>. Acessado em 23 de maio de 2004.

JÁCOME, Macário. Uma prática de dois gumes e conseqüências preocupantes. <www.agendasaude.com.br> Acessado em 18 de setembro de 2004.

JAPIASSU, Hilton. Introdução ao pensamento epistemológico. 7ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

LAIN ENTRALGO, Pedro. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1978.

LAPORTE, Joan-Ramon; TOGNONI, Gianni; ROZENFELD, Suely. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

LE GOFF, Jacques (org). As doenças têm história. 2ª edição. Lisboa: Terramar Editores, 1997

LEAL, Carlos. A função psicoterápica do não especialista na abordagem do paciente poliquêxoso. <www.netflash.com.br/pessoais/cleal/rel.htm>. Acessado em 24 de março de 2004

LEFÉVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. Revista Saúde Pública: São Paulo, 1983. n° 17, p. 500-503.

LEMONS NETO. Revista Maturidade (maio e junho de 2000). N° 43. Tem remédio? <www2.uol.com.br/maturidade>. Acessado em 13 de agosto de 2002.

LICHTENSTEIN, Arnaldo. Comunicação. <www.unifesp.br/comunicacao>. Acessado em 14 maio de 2004.

LOBATO, Oly. O problema da dor. In: MELLO FILHO, Júlio de (org). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Gráficas, 1992. Capítulo III, parte 16 p. 165-178.

- LOPES, O . C. A medicina no tempo. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- LOPEZ, Mário. Fundamentos da clínica médica: a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- LOPEZ PIÑERO, J. M. Medicina Historia Sociedad. Barcelona: Siglo XXI Editores de España, 1982.
- LUZ, Madel Terezinha. Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, Maria Helena. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- MACHADO, Maria Helena (coord). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MACHADO, Roberto et alii. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGEE, Bryan. As idéias de Popper. 2ª edição. São Paulo: Cultrix, 1977.
- MAIA, Ricardo Jakson de Freitas; FERNANDES, Claudia Regina. O alvorecer da anestesia inalatória: uma perspectiva histórica. Revista Brasileira Anestesiol, 2002:52:6, p. 774-782. <www.scielo.br/pdf/rba>. Acessado em 18 de junho de 2004.
- MARIANO, Evelin Goldenberg. Fibromialgia. <www.scf.unifesp.br/artigos/fibromialgia-evelin.htm>. Acessado em 6 de dezembro de 2004.
- MARTINS, Paulo Henrique. Paixões avassaladoras: violência e intimidade. Percurso nº 18. São Paulo, 1º semestre de 1997.
- MELLO FILHO, Júlio de (org). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Gráficas, 1992.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde - doença: uma concepção popular da etiologia. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, outubro/dezembro de 1988, v. 4 (4), p. 363-381.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; ALVES, Paulo César (orgs). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, 1994^a. Volume 10, suplemento 1 p. 7-18.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho (org). *Textos em representações sociais*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995. Parte I, p. 89-111.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: o impacto na saúde de todos nós. Ano 2, nº 7 jul/agos/set de 2002. <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 11 de dezembro de 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Hospitais universitários. <www.mec.org.br>. Acessado em 22 de fevereiro de 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Instituições de Ensino Superior. <<http://portal.mec.gov.br/sesu>>. Acessado em 22 de fevereiro de 2004.

MINISTÉRIO da SAÚDE. Programa Saúde da Família. <www.saude.gov.br/saudedafamilia>. Acessado em 7 de janeiro de 2005.

MORAES, Irany Novah. O especialista e o clínico geral. São Paulo: Roca, 1997.

MORAES, Laura do Nascimento Rótolo. Cães, vento sul e urubus: higienização e cura em Desterro/Florianópolis (1830-1918). Doutorado (Curso de pós-graduação em História), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

MORAIS, Jomar. Viciados em remédios. Revista Super Interessante: Editora Abril, fevereiro de 2003. edição nº 185.

MORATO, Gina S. et alii. Avaliação da automedicação em amostra da população de Florianópolis, Arquivos Catarinense de Medicina, junho de 1984, volume 13, nº 2.

MORIN, Edgar. O conhecimento do conhecimento. In: *O método III*. Porto Alegre: Sulina, 1999a. p. 139.

MORIN, Edgar. Para o pensamento complexo. In: *Ciência com consciência*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999b. Segunda parte, p. 174-193.

MORIN, Edgar. Da necessidade de um pensamento complexo. In: *Para navegar no século XXI*. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina/EDIPUCRS, 2000. p. 19-42.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários á educação do futuro. 8ª edição. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; JORGE, Miguel Roberto. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. Revista da Associação Médica Brasileira, março de 1998, vol.44, no.1, p.28-34.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará. <www.oas.org/juridico/portuguese>. Acessado em 8 de outubro de 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde. <www.opas.org.br> Acessado em 18 de junho de 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Informativo <www.opas.org.br/sistema/fotos/leitios.pdf>. Acessado em 18 de junho de 2004

PADILHA, Maria Itayra de Souza. A ordem na casa. In: *A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX*. Pelotas: Editora Universitária, 1998. Parte 3, p. 83-126.

PARSONS, Talcott. Estructura Social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: *El sistema social*. 1982. Capítulo 10, p. 399-444.

PATERMAN, Carole. As mulheres, os escravos e os escravos assalariados. In: *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. p 175-225. 347p.

PEREIRA NETO, André F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. Caderno de. Saúde Pública., Rio de Janeiro, oct/dec, 1995, 11 (4): 600-615.

PFUETZENREITER, Márcia Regina. A epistemologia de Ludwik Fleck como referencial para pesquisa no ensino na área de saúde. Revista Ciência e Educação, 2002, volume 8 n. 2, p. 147-159.

PINHEIRO, Raimundo. Medicina psicossomática: uma abordagem clínica. São Paulo: Fundação BYK, 1992.

PITANGUY, Jacqueline. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, Maria Eliana (org). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1999. Parte I, p. 40-43.

PORTO, Celmo Celeno. Exame clínico. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PORTO, José Alberto Del. Depressão: conceito e diagnóstico. Revista brasileira de psiquiatria, maio de 1999, volume 21.

PORTO, José Alberto Del. Depressão. São Paulo: EPM, Editora de Projetos Médicos, 2003

PROENÇA, Munira Aiex; FORTES, Sandra Lúcia; CALDAS, Nelson do Rosário. O paciente somatizante no hospital geral. Trabalho Publicado nos Cadernos IPUB, 1997, Universidade Federal do Rio de Janeiro, nº 6.

PSIQWEB. Dicionário: termos de psiquiatria. <www.psiqweb.med.br/gloss/>. Acessado em 16 de agosto de 2004.

QUARESMA, Silvia Jurema Leone. Indo a luta sim, por que não? gênero e idade: mulheres com mais de 40 anos, casadas, com filhos e o seu retorno à sala de aula. Monografia (Centro do Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.

QUEIROZ, Marcos de Souza. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo da prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, Paulo César; Minayo, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Capítulo 12, p. 153-166.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. O pensar e o fazer na barbárie e as noções de saúde sacerdotais. In: *Saúde : dialética do pensar e do fazer*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1989. Capítulo II.

REZENDE, Jofre Marcondes de. Caminhos da medicina. <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/>>. Acessado em 11 de janeiro de 2004.

RIBEIRO, Augusto B. Carvalho. Administração de pessoal nos hospitais. São Paulo: LTR, 1970.

ROBERTSON, Robert. Confessions of an abusive husband: a how-to book for abuse-free living for everyone. Oregon: Heritage Park Publishing Company, 1992.

RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de administração sanitária. 2ª edição. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1979.

ROMEIRO, José Vieira. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.

ROMERO, Mariza. Medicalização da saúde e exclusão social. São Paulo: EDUSC, 2002.

ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. A evolução da medicina social. In: NUNES, Everardo Duarte (org). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editores, 1983. Parte 1, p. 25-82.

ROSEN, George. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1994.

SABBATINI, Renato M. E. Egas Moniz. Cérebro e mente: revista eletrônica de divulgação científica em neurociência. <www.epub.org.br/>. Acessado em 18 de maio de 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Violência de gênero no Brasil atual. Revista Estudos Feministas, 1994, número especial: pp. 443-461.

SALEM, Tânia. Papéis familiares: perspectivas teóricas. In: *O velho e o novo: um estudo de papéis e conflitos familiares*. Petrópolis: Vozes, 1980. Capítulo I, p. 25-41.

SANTOS FILHO, Lycurgo. História geral da medicina brasileira. São Paulo: editora Hucitec, 1991.

SANTOS, Lílian Mann dos. A situação econômica como fator agravante da violência doméstica: um estudo na Delegacia da Mulher de Florianópolis. Monografia (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

SANTOS, Luciane Medeiros. Grupos de Promoção à Saúde no Programa Docente Assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. Promovendo saúde e ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina/ Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis: Editora da UFSC, 1983.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. A medicina que aprendi, exerci e ensinei. Florianópolis: editora da UFSC, 1996.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. A medicina e suas transições através dos séculos: da pajelança à medicina contemporânea. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SAÚDE PLENA, Revista Virtual. Notícias. <www.saudeplena.com.br/noticias/>. Acessado em 27 de setembro de 2004.

SCHULTZ, Rockwell. Administração de hospitais. São Paulo: Pioneira, 1979.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SENNETT, Richard. Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental. 3ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SHAPIRO, A. K. The placebo effect in the history of medical treatment: implications for psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 116, 1959

SHUPE, Anson, et alii. Violent men, violent couples: the dynamics of domestic violence. Lexington/ Massachusetts/ Toronto: Lexington Books, 1987.

SILVA, Alberto. A primeira médica do Brasil. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti Ed., 1954

SILVA, Elizabeth Farias da. Ontogenia de uma universidade: a Universidade federal de Santa Catarina. São Paulo. Doutorado (Faculdade de Educação), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, Manuela. Explicações para a hipocondria. <<http://saude.sapo.pt>>. Acessado em 12 de agosto de 2003.

SINGER, Paul. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

SOAR FILHO, Ercy José. A relação profissional de saúde-cliente. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina, julho-setembro de 1994, 23 (3).

SOAR FILHO, Ercy José. A interação médico Cliente. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, janeiro-março de 1998, 44 (1).

SOARES, Bárbara Musumeci; CARNEIRO, Leandro Piquet. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: SOARES, Luiz Eduardo (org). *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ISER, 1996, pp. 65-106.

SOARES, Bárbara Musumeci. Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Fibromialgia. <www.reumatologia.com.br/principaisdoencas.htm>. Acessado em 26 de fevereiro de 2004.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. 2ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. Capítulo VI.

SOUZA, Patrícia Alves de. Os possíveis motivos do adiamento da denúncia de mulheres vítimas de violência física conjugal: estudo em grupo de mulheres atendidas no CEVIC –Florianópolis, 2002. Dissertação (Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SZASZ, Thomas S. Os significados simbólicos da dor. In: *Dor e prazer*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. Parte II, p. 93-106.

SZKLARS, Eduardo. Mania de doenças. Revista Saúde Plena. <www.saudeplena.com.br>. Acessado em 27 de setembro de 2004.

TÄHKÄ V. O relacionamento médico-paciente. Porto alegre: Artes Médicas, 1988.

TAVARES, Dinalva Menezes Castro. Violência doméstica uma questão de saúde pública. Dissertação (Faculdade de Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. O setor saúde e o complexo da saúde no Brasil. <www.nepp.unicamp.br/cadernos>. Acessado em 25 de setembro de 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Oh vida, oh dor... <www.unifesp.br/comunicação>. Acessado em 16 de agosto de 2004.

VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia social. In: *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985.

VIANA, Estela. Retrato em preto e branco. Revista Saúde Paulista. Ano 2, nº 8, out/nov/dez de 2002. <www.unifesp.br/comunicacao>. Acessado em 13 de dezembro de 2004.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. O desenvolvimento da tecnologia. In: *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VOLICH, Rubens Marcelo. Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

BIBLIOGRAFIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. Sociologia da doença e da medicina. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2001.

ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação - citações em documentos - apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

DUARTE, Luiz Fernando Dias (org). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ENCICLOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE. São Paulo: Editora Abril, 1979. 6 volumes.

GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo: Nova Cultural, 1995. 24 volumes

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. Médio dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980.

LAKATOS, Eva Maria. Sociologia Geral. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 1985.

LUZINI, Regina Gomes Leitão. Não basta apenas ouvir é preciso escutar. Centro brasileiro de estudos da saúde, Rio de Janeiro, junho de 1995. Saúde em debate n° 47.

NOVA ENCICLOPÉDIA ILUSTRADA FOLHA. São Paulo: Publifolha, 1996. 2 volumes

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 1999.

PESQUISAS DE CONHECER. São Paulo: Círculo do Livro, 1985. 12 volumes.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc van. Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1992.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Revista: Interfaces- comunicação, saúde, educação. 1999 Volume 3 , n° 5, p. 11-27.

APÊNDICES

TABELA 1 - Avaliação quanto as queixas mais freqüentes dos poliqueixosos

cefaléia (citada por 6 médicos)
dores articulares (citada por 6 médicos)
dores generalizadas (citada por 5 médicos)
angústia (citada por 4 médicos)
dores abdominais (citada por 3 médicos)
insônia (citada por 3 médicos)
ansiedade (citada por 2 médicos)
desânimo (citado por 2 médicos)
palpitações (citada por 2 médicos)
tontura (citada por 2 médicos)
formigamento pelo corpo(citado por 1 médico)
fraqueza (citada por 1 médico)
medo (citado por 1 médico)
perda de apetite (citada por 1 médico)
tremores (citado por 1 médico)

Fonte: dados primários

TABELA 2 - Avaliação quanto a faixa etária dos pacientes poliqueixosos que freqüentam o ambulatório do pelo HU

<i>faixa etária</i>	<i>residentes</i>	<i>médicos</i>	<i>total</i>	<i>percentual (%)</i>
20 a 30	0	2	2	12,50%
31 a 40	2	1	3	18,75%
41 a 50	4	1	5	31,25%
51 a 60	3	0	3	18,75%
mais de 61	0	0	0	0,00%
todas as faixas	0	3	3	18,75%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

TABELA 3 - Avaliação quanto ao estado civil dos poliqueixosos que freqüentam o ambulatório do HU

estado civil	residentes	médicos	total	percentual (%)
casado	3	2	5	31,25%
solteiro	4	3	7	43,75%
viúvo	0	0	0	0%
divorciado	1	0	1	6,25%
variável	1	2	3	18,75%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários

TABELA 4 - Avaliação quanto a administração de placebo para os pacientes poliqueixosos

administração de placebo	residentes	médicos	total	percentual (%)
sim	5	2	7	43,75%
não	4	5	9	56,25%
total	9	7	16	100,00%

Fonte: dados primários



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Fone: (048) 331-9206 - Fax: (048) 331-9599

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Silvia Jurema Leone Quaresma, sou aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina e estou desenvolvendo a pesquisa: a percepção médica em relação aos pacientes hipocondríacos/poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. O nosso objetivo é realizar um levantamento entre os médicos e residentes, com especialização em medicina interna/clínica médica, para saber qual destes dois pacientes, hipocondríacos ou poliqueixosos, são mais freqüentes no ambulatório do HU e no decorrer da pesquisa realizarmos um levantamento do perfil desses pacientes cuja incidência seja maior. Este estudo se mostra relevante pois, de acordo com várias pesquisas na área científica está havendo um aumento pronunciado desses pacientes nos hospitais, o que acaba por ocasionar um abarrotamento ainda maior no sistema de saúde brasileiro. Os procedimentos para esta pesquisa se baseiam no preenchimento de um questionário por parte dos médicos e residentes, com especialização em medicina interna/clínica médica, que aceitem participar da pesquisa, e também, deverá haver o convite da pesquisadora para que alguns desses médicos e residentes participem de uma entrevista mais aprofundada sobre o tema, tudo dentro das normas da Comissão de Ética, a qual já aprovou esta pesquisa. Para maior segurança dos participantes desta pesquisa será resguardado o nome dos profissionais e daremos a eles pseudônimos. Isto não deverá trazer nenhum risco ou desconforto para os participantes desta pesquisa, mas esperamos que traga como benefício para os médicos e residentes a oportunidade de conhecerem melhor os seus pacientes, e aos pacientes um atendimento diferenciado, quem sabe num futuro próximo, dependendo da Instituição. Se o(a) senhor(ora) tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (48) 234-3276 ou pelo e-mail silvialeone40@yahoo.com.br. Se estiver de acordo em

participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Para que haja uma melhor compreensão desta pesquisa achamos conveniente explicitar a definição de hipocondria e poliqueixas que estaremos utilizando, ou seja, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (1995:425) os pacientes com transtorno hipocondríaco são aqueles que tem uma “preocupação com o medo ou a idéia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais”. Quanto aos poliqueixosos, não existe ainda uma definição clara para o conceito, mas segundo especialistas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) podemos dizer que eles são caracterizados como pacientes que apresentam várias queixas ou sintomas, percorrem diversas especialidades médicas, mas os exames não revelam nada. O que diferencia estes pacientes é a sua atitude perante o seu problema, ou seja, os hipocondríacos revelam uma intensa preocupação e sofrimento com alguma doença grave que pode levá-los à morte, já os poliqueixosos queixam-se de seus sintomas, também sofrem com eles, mas não possuem o mesmo temor trágico, de morte, dos hipocondríacos.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____

fui esclarecido sobre a pesquisa: a percepção médica em relação aos pacientes hipocondríacos/poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

(local e data) _____

Assinatura: _____

RG: _____

6. Essas pessoas vêm por vezes seguidas procurá-lo(a) no ambulatório do HU?

não sim

7. Qual é a faixa etária dessas pessoas?

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

mais de 60 anos

8. A incidência maior é de:

homens mulheres

9. Se possível gostaríamos de saber se a maior incidência é de pessoas cujo estado civil é:

casada

solteira

viúva

divorciada

10. Costuma receber este tipo de paciente também no seu consultório particular?

não sim

11. Na sua avaliação, ultimamente, está aumentando o número desses pacientes aqui no HU?

não sim

12. Na sua avaliação este fenômeno tem causas:

endógenas (biológicas)

exógenas (sociais)

ambas

13. O(A) senhor(a) avaliaria este fenômeno, na nossa sociedade atual, como um estado:

normal patológico

14. O(A) senhor(a) poderia citar três queixas mais frequentes que essas pessoas fazem quanto a sua saúde:

I -

II -

III -

15. O(A) senhor(a) já fez uso de placebo nestes pacientes?

não sim

16. Adotaria algum teste que pudesse identificar esses pacientes?

não sim

Agradecemos a atenção dos senhores(as) e disponibilizamos este espaço para **QUAISQUER OBSERVAÇÕES QUE GOSTARIAM DE FAZER QUANTO AO TEMA DESTA PESQUISA**

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

As questões devem ser formuladas dependendo da resposta do primeiro questionário

1. Na sua avaliação qual é a maior distinção entre o paciente poliqueixoso e o hipocondríaco?
2. Por quê?
3. Como o(a) senhor(a) definiria o paciente hipocondríaco (poliqueixoso)?
4. Por que o(a) senhor(a) considera que a hipocondria (poliqueixa) seja uma doença (transtorno psiquiátrico/ disfunção psicossomática/ comportamento social/patologia social/ perturbação ocasional)?
5. Por que, na sua avaliação a hipocondria (poliqueixa) tem causas endógenas (exógenas/ambas)?
6. Na sua avaliação há alguma influencia do estado civil sobre a hipocondria (poliqueixa)?
7. Por quê?
8. O(A) senhor(a) tem alguma explicação do porquê dos homens (mulheres) serem mais hipocondríacos(poliqueixosos)?
9. Esses pacientes insistem na realização de exames complementares?
10. Por que o(a) senhor(a) acha que isso ocorre?
11. O que é preciso para que um paciente seja diagnosticado como hipocondríaco (poliqueixoso)?
12. Quando o paciente é diagnosticado como hipocondríaco (poliqueixoso) o seu tratamento continua ou não dentro deste hospital?
13. Na sua avaliação, porque está havendo esse aumento de pessoas hipocondríacas (poliqueixosas) na nossa sociedade?
14. Porque o(a) senhor(a) considera a hipocondria (poliqueixa), como um estado normal (patológico) na nossa sociedade hoje?
15. Existe ou não, dificuldades para lidar com esses pacientes aqui no ambulatório?
16. Por que existe essa dificuldade?
17. Se o médico já utilizou placebo nos pacientes hipocondríacos (poliqueixosos) perguntar: que tipo de placebo receita a esses pacientes?
18. Depois de receitado o placebo o paciente retorna ou não ao ambulatório?
19. O paciente, depois que fez uso do placebo, sente alguma melhora dos seus males ou não?

20. O paciente retorna com a mesma queixa anterior ou ele retorna com uma queixa diferente?
21. Se o médico nunca fez uso de placebo perguntar: se ele poderia vir a fazer uso do placebo nestes pacientes?
22. Qual o tipo de placebo receitaria para os pacientes hipocondríacos (poliqueixosos)?
23. O que o senhor acha que essas pessoas esperam do médico?
24. O que o(a) senhor(a) acha que poderia ser realizado para minimizar o número desses pacientes no ambulatório do HU?
25. O senhor poderia relatar algum caso, que tenha chamado a sua atenção, referente ao atendimento de pacientes hipocondríacos (poliqueixosos) no ambulatório do HU?

O senhor gostaria de fazer mais alguma observação?

AGRADECIMENTOS

