PUC

MARIETTA SILVA BURDMAN

A RELAÇÃO DOENTE CORONARIANO CIRÚRGICO / INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: A REPRODUÇÃO DO PODER/SABER.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RIO DE JANEIRO, NOVEMBRO DE 1984.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 - CEP 22453
Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 B951r TESE UC
Autor: Burdman, Marietta Silva.
Título: A relação doente coronariano cirurgico/instituição d
00010142
5167
Ex.2 PUC-Rio - PUCB

MARIETTA SILVA BURDMAN

A RELAÇÃO DOENTE CORONARIANO CIRÚRGICO/ INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: A REPRODUÇÃO DO PODER-SABER.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Professora Dra. Esther M. Arantes.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO, NOVEMBRO DE 1984.

5167

CC-5065-2

PC ID

3216
BIBLIOTECA
11/09/85

10142

ISC
B951 r
TESE UC

Para Clóvis e Rodrigo

Brilha uma estrela
Palpita um coração:
Nasceu o Amor.
...pelo incentivo,
carinho e, principalmente,
pela compreensão.

Rodrigo

A dor é limitada
O medo é passageiro
A posse é temporária.

MEUS AGRADECIMENTOS

a Esther M. Arantes,
Orientadora desta Dissertação.

a Professora e amiga Maria Lúcia Eirado,
pela atenção e clareza com que orientou parte essencial deste trabalho.

a minha mãe e a minha irmã,
por terem facilitado a realização deste estudo com apoio e incentivo.

aos pacientes, ao Dr. Gilson Maurity, chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Central do IASERJ, e a todos os profissionais da equipe de saúde que participaram deste estudo.

ao Sr. Nilo Sarghetto, da Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, pela amizade e efetiva ajuda.

aos amigos que acreditaram e procuraram dar força nos momentos difíceis que constituíram esta vivência.

RESUMO

Esta Dissertação teve por objeto uma reflexão sobre o discurso da prática médica e a sua relação com o paciente coronariano internado, em situação cirúrgica. Nossa meta foi elucidar alguns aspectos dessa prática, tentando levantar questões relevantes para os profissionais que atuam nesta área.

Foi realizado um estudo de caso, envolvendo tanto o paciente quanto a equipe de saúde que atua diretamente com o mesmo, visando a apreensão semântica da relação Saúde-Doença/ Discurso Instituído - Instituição Hospitalar. A análise dos dados possibilitou uma reflexão sobre a instituição médica, fortalecendo a questão do poder-saber como meio de controle e normatização dos indivíduos. Entretanto esta dissertação não chega a ser conclusiva deixando em aberto algumas questões para investigações futuras.

ABSTRACT

The object of this essay was a refletion about the medical practice speech and its relation within the intern patient with coronary disease, who needs to be operated on. Our aim was to elucidate some aspects concerned in this practice, by trying to raise considerable questions for the professionals working in this field.

A survey, envolving the patient as well as the medical-assistant stuff, which is directly in contact with the patient, has been done aiming at the semantics apprehension within the Health - Disease / Established Discurse - Hospital (as an institution) relation.

The issues analyses has permited a reflection about the medical institution, stregihening the power-knoeledge point as a controlling and standard environment upon people. However, this essay isn't conclusive since it leaves some questionable points for further research.

S U M Á R I O

Pág.

1 - INTRODUÇÃO..... 1

2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS..... 5

2.1 - A Coronariopatia.....

2.1.1 - O Coração..... 5

2.1.2 - A Coronariopatia e o Stress..... 8

2.1.3 - O Padrão de Comportamento Tipo A.... 18

2.1.4 - Angina de Peito e Infarto do Miocárdio..... 24

2.1.5 - A Cirurgia de Revascularização Miocárdica por ponte de Safena..... 28

2.2 - A Medicina Social e a Expropriação da Saúde 32

2.2.1 - A Medicina Social..... 32

2.2.2 - A Expropriação da Saúde..... 44

2.2.3 - A Relação Doente (doença) - Instituição Médica..... 49

3 - O ESTUDO DE CASO - ANÁLISE E REFLEXÃO DE UMA PRÁTICA..... 55

3.1 - A Realização do Estudo..... 55

3.2 - Os Sujeitos Analisados..... 59

3.3 - A Análise dos Casos..... 63

3.3.1 - O Paciente, a Doença e a Cirurgia... 64

3.3.2 - O Paciente, a Equipe Médica e a Instituição..... 74

3.3.3 - A Equipe Médica, o Doente e a Instituição..... 83

4 - CONCLUSÃO..... 109

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 115

ANEXOS

"O interior do peito é o local de onde nascem as palavras e onde residem os sentimentos".

(Gaiarsa - Reich 1980:22)

1 - INTRODUÇÃO

A temática deste estudo foi investigada através de observações, entrevistas e acompanhamento psico-profilático a pacientes coronariopatas com indicação cirúrgica, internados no Hospital Central do IASERJ - Enfermaria de Cirurgia Torácica, no período de 1982 a 1984. Na realização deste trabalho tentamos apreender a trama das vivências, diante da cirurgia, e das relações dentro da instituição que provocavam mudanças relevantes ou criavam conflitos, dúvidas e conturbações ao paciente, ocasionando alterações em seu estado de enfermo cirúrgico.

A partir do trabalho diário com doentes coronarianos despertou-nos o interesse em discutir a relação entre o discurso do paciente internado para a cirurgia e a prática hospitalar, visto que as condições do coronariopata durante o período de hospitalização vão depender do estado atual de sua enfermidade em permanente interação com a prática médica e as suas iatrogenias. A esta problemática acrescenta-se a questão de que a demanda de uma cirurgia de revascularização do miocardio por ponte de safena,

que atinge um órgão, que além de vital, culturalmente, simboliza o centro das emoções e do amor, por si só, já é um fator ansiogênico e mobilizador de angústia de morte.

Nesta diretriz foi instalado o projeto desta pesquisa, tentando analisar como a prática lidária interage com as peculiaridades do paciente coronariano cirúrgico e vice-versa. Em última análise pretendia-se um melhor atendimento ao paciente em suas necessidades psicológicas durante a hospitalização, assim como, uma melhor interação entre a equipe de saúde e o paciente. Conseguimos portanto unir as investigações ao trabalho psicológico que vinha desenvolvendo-se.

Iniciamos o nosso estudo buscando apresentar uma fundamentação teórica sobre a doença coronariana e a prática médica. Com relação à primeira tentamos demonstrar e apontar características importantes sobre a sutileza desta patologia cardíaca e suas mais comuns complicações: angina de peito, infarto do miocárdio, necessidade cirúrgica. Isto se processou através de uma revisão teórica sobre a fisiologia do coração e a fisiopatologia da doença coronariana de origem aterosclerótica. Enfatizamos inclusive, o papel do "distress" e a personalidade do indivíduo propenso à doença coronariana, "personalidade tipo A", como questões, que precisavam ser relativizadas, a partir da história de vida de cada pessoa. O segundo objetivo desta revisão teórica aponta para o estudo da prática médica, dividido em três tópicos: o surgimento da medicina social e do hospital, a expropriação da saúde, e a relação doente(doença) — instituição médica, a partir de autores como Foucault, Rosen, Machado, Illich, Boltanski, Clavreul e Costa.

A prática médica, em sua complexidade, deve ser entendida a partir de sua história. Só assim, com a compreensão da panorâmi

ca da medicina desde o século XVIII é que poderemos apreender de maneira mais significativa os fenômenos que vêm sendo discutidos sob o nome, ou designação de iatrogênese. Concordamos, com Jean Clavreul quando afirma que a relação médico - paciente faz parte de um mito, o que existe na realidade, é uma relação doente (doença) — instituição médica onde doente e profissional de saúde destituídos de emoção e desejo, reproduzem o discurso da dominação pela disciplina do corpo.

Nesta revisão tentamos abordar as nuances mais significativas desde a fisiologia do coração até as discussões sobre a prática médica, uma vez que sem o conhecimento desses aspectos, ficaria impossível executar o estudo de caso .

Na parte empírica do estudo, dirigimos nossa atenção para a metodologia, bem como para a análise do estudo de caso.

Foram lançadas questões, relacionadas no Anexo 1 e 2, aos pacientes e aos profissionais de saúde, a partir de três grandes tópicos, que funcionaram como esquema geral para orientar a análise dos dados, cujo eixo fundamental organizou-se de forma à apreensão semântica da relação: SAÚDE - DOENÇA / DISCURSO INSTITUIDO - INSTITUIÇÃO HOSPITALAR. Os dois primeiros itens: 3.3.1 O paciente, a doença e a cirurgia; e 3.3.2 - O paciente, a equipe e a instituição permitiram centralizar a análise a partir do discurso do paciente, enquanto que o terceiro 3.3.3 - A equipe, o paciente e a instituição deu-se a partir do discurso da equipe de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, assistente social e servente.

Procurou-se analisar as falas obtidas de forma não linear pelas relações que dessem conta das temáticas emergentes, em termos de qualidade e de conteúdo mais significativo aos objetivos

da investigação retomando colocações teóricas que indicam uma vez mais a relevância da revisão realizada no capítulo anterior.

Em um primeiro nível de análise buscou-se identificar o conteúdo essencial, sugerido pelos dados em relação a cada tema onde os resultados sintetizados estão nos anexos 3 e 4. A partir dos conteúdos assim identificados, procurou-se evidenciar a rede de relações para compreensão do discurso do paciente e da equipe de saúde, apontando a existência de uma relação de reprodução de poder— saber, que se define em função da relação DOENTE (doença) — INSTITUIÇÃO DE SAÚDE.

Ao analisar o papel da prática médica realizada pelos profissionais da Enfermaria de Cirurgia Torácica, vimos o fortalecimento da instituição de saúde como meio de controle e normatização dos indivíduos sobretudo, refletindo, freqüentemente, prejuízo psicofisiológico para o paciente coronariopata cirúrgico.

Este estudo não tem a pretensão de ser conclusivo, pois encontramo-nos em uma posição dividida em relação ao discurso médico. Se por um lado, mesmo que se conteste a Ordem Médica, ninguém se oporá a um tratamento ou a uma intervenção tecnicamente complexa para vencer uma enfermidade ou para salvar uma vida;por outro lado não podemos participar de posições "ideológicas enganadoras", que a ciência médica afirma para poder perpetuar-se. Deste modo, este estudo, constitui-se numa tentativa de contribuir com questões e reflexões dentro da área de saúde; tanto quanto articula-se como um projeto inicial para novas investigações.

2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 - A Coronariopatia

2.1.1 - O Coração

O coração, órgão central do aparelho circulatório, é um músculo óco, pesando aproximadamente 330 gramas, situado na cavidade torácica entre os dois pulmões, destina-se a impulsionar o sangue através dos vasos.

Funcionalmente, é dividido em quatro cavidades, duas superiores ou átrios direito e esquerdo, e duas inferiores ou ventrículos direito e esquerdo, que funcionam como bombas. O coração direito, é constituído pelo átrio que se comunica com o ventrículo do mesmo lado por um orifício denominado "orifício átrio-ventricular", onde se localiza a válvula tricúspide cuja função é impedir a volta do sangue para o átrio, quando o ventrículo se contrai. O átrio direito recebe o sangue venoso de quase to

do o organismo, envia-o para o ventrículo direito, que o encaminha para os pulmões, a fim de oxigenã-lo. O coração esquerdo, como é reconhecido, morfológicamente separado do direito por um septo muscular, também é constituído por uma válvula, a "válvula mitral", que faz a comunicação do átrio esquerdo com o ventrículo do mesmo lado. O átrio esquerdo recebe o sangue oxigenado dos pulmões e envia-o para o ventrículo que, por sua vez, encaminha-o para a aorta, que distribui o sangue para todo o corpo, com o objetivo de nutrí-lo e oxigenã-lo (145).

As paredes do coração são formadas por três túnicas superpostas: o miocárdio, o endocárdio e o pericárdio. A principal é o miocárdio situado entre as duas outras, e, é delas a mais espessa; seu tecido muscular é estriado onde suas contrações automáticas permitem a propulsão do sangue. O endocárdio, membrana fina e lisa, tem por função revestir as cavidades cardíacas. E, finalmente, reveste o coração um "saco membranoso", o pericárdio (152).

O músculo cardíaco contrai-se periodicamente, com a finalidade de expulsar o sangue para as artérias. A esta contração dá-se o nome de "sístole". Ao momento contrário, o período de repouso, onde ocorre o afrouxamento das paredes a fim das cavidades encherem-se de sangue novamente, denomina-se "diástole" (153).

Por se tratar de um órgão automático, está sujeito ao Sistema Nervoso Autônomo, que lhe regula o rítmo. O coração do homem, costuma bater normalmente cerca de 70 a 80 vezes por minuto. Porém, é suceptível a alterações, onde qualquer modificação acelerativa do rítmo cardíaco recebe o nome de "taquicardia", assim como, quando há diminuição, fala-se em "bradicardia". O rítmo cardíaco é influenciado tanto por fatores físicos, idade, exer

cício,como por psicológicos, emoções, tensões (92).

Conforme assinalado o coração funciona como uma bomba impulsionando para diante o sangue que recebe. Contudo, não faz uso desse elemento, que transita em suas cavidades, para sua nutrição. Para nutrir-se de sangue, o coração utiliza suas próprias artérias que são dois ramos principais direito e esquerdo que, saindo diretamente do início da aorta, vão subdividindo-se para formar arteríolas e capilares, que vão circundar o órgão como se fosse uma "coroa", razão pela qual são denominadas artérias coronárias — do latin "corona" (112).

Uma artéria é constituída de três camadas: a externa, a média e a íntima. Esta última encontra-se em contato direto com o sangue circulante. Normalmente ocorre a passagem de complexos lipoprotéicos do sangue ou seja, proteína, colesterol, triglicerídios e fosfolipídios para dentro da parede arterial através da membrana interna. Estudos demonstraram que o acúmulo excessivo de colesterol, que, sob determinadas condições, deposita-se em forma de gotículas de gordura com outros detritos na parede da artéria, formam uma placa fibrosa, conhecida como "ateroma" (112).

A medida que um ateroma continua a desenvolver-se, projetando-se cada vez mais para o interior da luz do vaso, estará dificultando o percurso sanguíneo e, a nutrição da artéria. Quando o estreitamento de um ou mais segmentos do vaso chega a um limite crítico, de obstrução parcial ou mesmo total, tornará o fluxo de sangue incapaz de atender a demanda do miocárdio, dando origem ao desenvolvimento das doenças coronarianas; e, as modificações sintomáticas dependerão da localização dos segmentos atingidos, do comprometimento das demais artérias, bem como do estado da circulação colateral (93).

2.1.2 - A Coronariopatia e o Stress

Origina-se da antigüidade as evidências de que lesões identificáveis como aterioscleróticas já acompanham o homem de longa data. Foram os palenteólogos, através de seus estudos, que perceberam em múmias egípcias, datando de 1.500 a.C., a existência de sinais de aterosclerose aórtica e coronariana. Contudo, mais antigo ainda é a primeira referência sobre morte súbita, "provavelmente, por oclusão coronariana de instabilidade elétrica do miocárdio", encontrada em uma inscrição no túmulo de Sesi, em Sakkara, no ano de 2.475 a.C... Entretanto o termo aterosclerose, criado para definir um processo patológico caracterizado por deposição lipídica na membrana interna, a íntima da artéria, só vai surgir em nosso século precisamente no ano de 1904, através de Marchand (124).

A pequena incidência de doença coronariana durante vários séculos, explica porque pesquisas importantes datam, apenas, de época tão recente em comparação aos primeiros achados. Atualmente o homem vem sendo cada dia mais vítima de doenças obstrutivas graves das artérias coronárias, representando direta ou indiretamente o elevado número de mortes no mundo ocidental, principalmente nos grandes centros urbanos[1].

---

[1] Comenta-se que o "coração, no Brasil, já mata mais, sozinho, do que juntos todas as formas de câncer mais acidentes de trânsito e assassinatos. Os mais novos dados, só agora, estão sendo divulgados pelo Ministério da Saúde. Em 1980 as doenças cardiovasculares mataram 189.215 brasileiros ficando em primeiro lugar, em segundo, acidente de trânsito e assassinatos com 70.212 casos e em terceiro as doenças infecciosas e o câncer como causa de 61.253 mortes" (132).

Patologistas do passado acreditavam que a doença coronariana de origem aterosclerótica fosse conseqüência lógica da idade, contudo a história vem mostrando que este *privilégio patológico* já encontra-se em indivíduos cada vez mais jovens, atingindo faixas etárias de 50, 40, 30 e até 20 anos (122). O que estaria causando a grande incidência da doença, inclusive em pessoas jovens? O que justifica o número crescente de investigações clínicas e epidemiológicas, apontando vários fatores que predispoem o surgimento e agravamento desta enfermidade, já que nem todos os mecanismos que favorecem o seu aparecimento estão esclarecidos?

Desde já, vale a pena enfatizar que a doença coronariana é uma doença de múltiplos fatores que se associam favorecendo o surgimento da mesma, e impossibilitando o prognóstico de forma evolutiva de um dado paciente. Assim, concordamos com Paul White, quando diz: "(...) em matéria de doença coronariana a única coisa absoluta é a total relatividade" (124).

Sendo portanto, a coronariopatia uma enfermidade multifatorial, faz-se necessário relativizar os fatos, calculando os riscos em função das variáveis em conjunto.

Admite-se, que as condições facilitadoras à instalação e ao prognóstico sombrio das doenças coronarianas ateroscleróticas, estão quase sempre relacionadas e dependentes do *moderno tipo de vida* onde, freqüentemente, o indivíduo é um tabagista, um sedentário, se alimenta mal (à base de gordura saturada e hidrato de carbono) e, vive sobre constante "stress psicossocial". Quando a estes fatores acrescenta-se: hereditariedade, diabetes e hipertensão, leva-nos a perceber a incidência assustadora desta enfermidade (123).

Verifica-se por conseguinte, a necessidade de analisar e discutir, separadamente, cada uma dessas variáveis, alvo de pesquisas constantes, em realização em quase todo mundo ocidental.

Destacaremos inicialmente a função da hereditariedade possibilitando a doença em questão. Parece indicador que as alterações e reações arteriais possam estar relacionadas com diferenças constitucionais geneticamente transmitidas, mas, por outro lado, vemos a hereditariedade atuando através da hipercolestolemia, taxa elevada de colesterol, e de hipertensão arterial (73).

A influência dos fatores genéticos é mais evidenciada em indivíduos cujos pais foram acometidos de aterosclerose coronariana antes dos 50 (cinquenta) anos.

Recorda-nos Oliveira (125), que os indivíduos de uma mesma família compartilham não somente de gens, mas também de hábitos, como o fumar, o sedentarismo e principalmente a dieta alimentar.

A hipertensão arterial constitui um dos principais fatores de risco da aterosclerose coronariana e caracteriza-se pela elevação dos fatores considerados normais da pressão arterial sistêmica (PA). Contudo, tais índices de normalidade são discutíveis, tornando-se difícil analisar os valores acima dos quais nos é permitido definir um indivíduo hipertenso. A Organização Mundial de Saúde, considera hipertenso aquele que apresenta pressão arterial acima dos níveis $160m/_{95Hg}$, inclusive (132).

Quanto sua etiologia, não se tem ainda nada de conclusivo. Ao que tudo indica, há uma predisposição genética importante, no entanto, estudos apresentam também como relevantes os fatores ambientais, psicossociais, stress e dieta hipersódica (126).

A doença hipertensiva assume papel de um dos principais desencadeadores das coronariopatias, pelo fato de produzir lesões

por traumatismo na membrana interna das artérias, favorecendo a infiltração de lipoproteínas e a formação de trombos localizados; e maior pressão(42).

Deve-se ressaltar entretanto, que a hipertensão agrava a evolução da doença coronariana, como atua diretamente nas complicações cardíacas, renais e arterioscleróticas(110).

O diabetes constitui outro fator de risco para o desenvolvimento da doença aterosclerótica, embora o mecanismo envolvido não esteja bem determinado. As possíveis razões poderiam ser explicitadas pelos seguintes fatos: tendência à hiperlipidemia, deficiência do sistema enzimático intracelular, e é freqüentemente associado com a hipertensão arterial (128).

O fumo é um outro fator conhecido de risco coronariano. Seu prejuízo resulta pela estimulação à liberação de catecolaminas, pela nicotina, e da ação direta do monóxido de carbono sobre a parede arterial e sobre os fatores trombogênicos, aumentando ainda mais a falta de oxigênio no músculo cardíaco. A despeito das várias evidências, pesquisas realizadas em populações orientais, com ritmo de vida bem menos stressante, veio constatar que o tabagismo nestas regiões não parece constituir fator de risco tão significativo(127).

Fala-se de outro perigo para a instalação da doença coronariana, a obesidade desempenhando um risco maior, principalmente, associada a hipertensão arterial, hiperlipidemia e diabetes.

Os indivíduos obesos costumam apresentar taxas elevadas de colesterol no sangue, geralmente pelo excesso de consumo de gorduras saturadas: manteiga, nata, gema e outros derivados animais,que vão facilitar o surgimento da doença. Todavia, estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado que o aumento do consumo de coles-

terol na dieta alimentar, não constitui fator de risco importante, visto por exemplo: "Os membros da tribo Masai, no Quênia, que ingerem surpreendentes quantidades de colesterol e gorduras e não apresentam coronariopatia" (43).

O mesmo vai acontecer em relação aos monges beneditinos, que apesar de ingerirem grande quantidade de gordura, não costumam apresentar lesões nas artérias coronárias. "São grupos populacionais tranqüilos e desocupados"(111). Questiona-se uma justificativa para tais situações a nível psicofisiológico.

Em pessoas de vida sedentária têm se verificado, principalmente se estão presentes os outros fatores anteriormente mencionados, maior incidência de complicações coronariana, angina de peito e infarto do miocárdio. Porém, não foram encontradas justificativas para provar que a atividade física viesse melhorar as condições das artérias coronárias. Observou-se ainda, em outras pesquisas, resultados divididos, ou seja, a patologia coronariana aterosclerótica faz-se perceber tão freqüente nos indivíduos que mantêm atividade física, bem como naquelas em que a vida é regida por um comportamento praticamente sedentário (44). Mesmo assim, não se nega a importância do exercício físico, pois este acolhe vantagens maiores fornecendo a ativação do fluxo sangüíneo reduzindo a tensão emocional, o peso e a hipertensão.

O último e, provavelmente, o mais significativo fator de risco a se enfocar é o "stress"[2], considerado um dos agentes mais nocivos a um candidato em potencial à doença

[2] Que pode ser analisada sob duas características: 1-Padrão de Comportamento ligado à infraestrutura emocional, ou seja, ao temperamento individual. 2-Fatores sócio-culturais associados às influências do meio ambiente e a maneira de viver (130). Em relação ao padrão de comportamento dedicaremos uma seção à parte, devido à importância deste aspecto na visão psicológica da doença coronariana e cirurgia.

coronariana. Alvo constante de pesquisas ligadas a Psicologia Médica (34; 38; 100; 106; 148) a partir de trabalhos em equipes interdisciplinares, que vêm ampliando o conceito do adoecer, deixando cada vez mais distante a "visão unicausal da patologia microbiana".

O fenômeno "stress", embora seja um fator de avaliação complexa, será agora exposto através da reunião de algumas considerações teóricas relevantes,na tentativa de melhor compreensão diante da complexidade e amplitude do tema; que em última análise, representa a própria compreensão da gênese da coronariopatia de origem aterosclerótica, bem como suas complicações conseqüentes: angina de peito, infarto e morte súbita.

Podemos dizer que o precursor à pesquisa voltada para o estudo das interações entre estados mentais e processos fisiológicos baseou-se nos trabalhos de Cannon (13), que chamam a atenção para as modificações fisiológicas que decorrem dos estados de medo, fome, dor e raiva, abrindo caminho para a chamada psicofisiologia.

Outro marco decisivo nesta linha de investigações surgiu, a partir de 1936, com os trabalhos de Selye[3].
Selye denominou de "stress" o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão como a ação da dor,do frio, de estados tóxicos ou infecciosos,ou qualquer outro "agente stres

[3]A partir da última década, deu-se início a pesquisas que estudavam certas formas de necrose miocárdica, chamada de metabólicas, por não serem acompanhadas de lesão vascular e agravadas com o uso de soluções compostos de potássio e magnésio. Tais mecanismos, segundo ele, explicariam os freqüentes casos de infarto do miocárdio sem trombose coronariana (146). Em nosso meio, J. P. Lopes Pontes foi um dos pioneiros na pesquisa psicofisiológica.

sor", abrangendo por extensão as influências psicológicas (embora não estivesse interessado em estudar os efeitos psicológicos das emoções ou mesmo os fatores psicológicos como agentes provocadores de stress). Logo, tudo que põe em risco a vida do indivíduo provoca "stress" e respostas adaptativas, das quais participa o organismo como um todo, formando um processo o qual ele denominou de "síndrome geral de adaptação" (107).

O "stress" supõe portanto, um fenômeno biológico:

> É Aquela corrente de reações psiconeuro-endocrinológicas, que são desencadeadas em nosso organismo por um impulso do mundo interior ou exterior, obrigando-o assim a sair de seu estado homeostático e agindo nos diferentes sistemas ou "órgãos"(106).

O que atualmente costumamos chamar, inadequadamente, de stress não corresponde ao estudado por Selye, na verdade representa os múltiplos "stressores" da nossa atividade diária. Esses fatores de stress podem ser de origem exógena, impostos pelos problemas gerais da vida moderna, como por exemplo, as condições de trabalho e moradia, excesso de obrigações sociais e legais, áreas de elevada densidade populacional (favorecendo uma maior competição entre os indivíduos das comunidades, e evidenciando com maior intensidade a sensação de anonimato), ou endógena, que são os conflitos emocionais[4] não elaborados e geralmente manifestados através de problemas orgânicos (106; 131).

Reconhece-se que o homem sempre viveu sob condições de stress. Desde o momento em que nasce deve enfrentar e adaptar-se a vá-

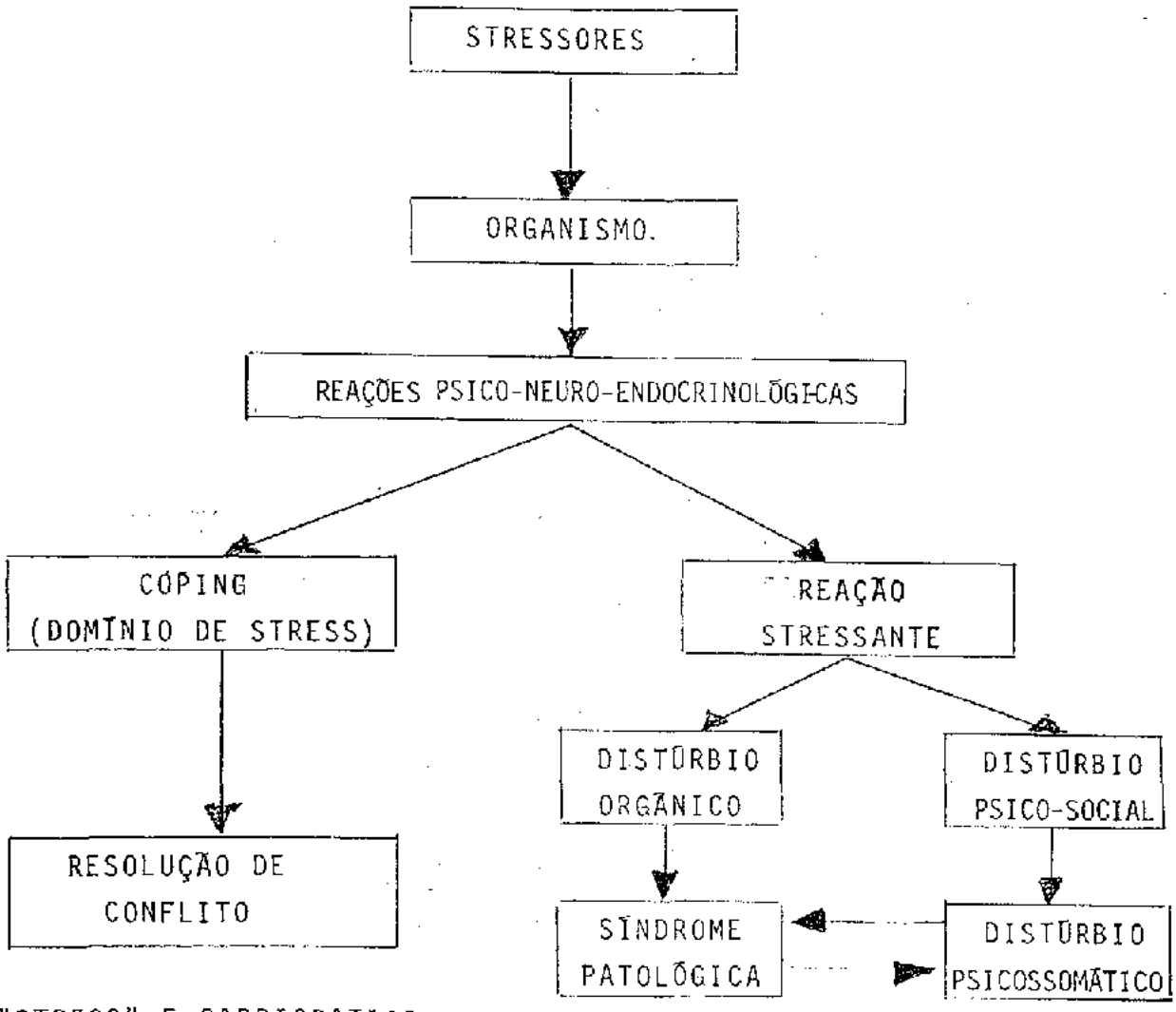
---

[4] Bruhn e Cols. (11) verificaram que a cardiopatia isquêmica é mais encontrada em pacientes, de ambos os sexos, com problemas conjugais.

rios tipos de agressões: frio, fome, barulho, frustrações, doenças entre outras adversidades. No entanto, a estas agressões naturais acrescentam-se outras, fruto dos tempos modernos. Boas razões leva-nos acreditar que as causas do "stress psicossocial"estão diretamente relacionados à sociedade moderna e ao tipo de vida levada, onde o viver impõe ao indivíduo armadilhas, na qual dispõe-se a cair, com freqüência, em direção a doença coronariana. Tais condições são denominadas de "stressantes ou distressantes" (129).

Vemos, portanto que hoje em dia estamos sujeitos, mais assiduamente, a estados de stress constante — preço caro que pagamos pelas conquistas do progresso. Contudo como a tensão emocional é uma condição pessoal, há uma individualidade nas respostas ao stress. Um agente stressor, para uma pessoa, poderá não ser para uma segunda. Por conseguinte um fator de stress só será considerado como tal quando for suficiente para induzir uma "reação de stress"(118). Não obstante, a repetição contínua dessas reações por um período longo de tempo ocasionará o surgimento de distúrbios orgânicos, de enfermidades crônicas ou mesmo da morte. Nestes casos, costuma-se chamá-lo "distress". As alterações orgânicas, por sua vez, contribuem para aparecimento de distúrbio psicossocial, e vice-versa, e não sendo raro também, conseqüentes reações psicossomáticas. Por outro lado, inversamente a reação stressante teríamos, o que estudos mais recentes conceituam de "coping", ou seja, o domínio do stress e, conseqüentemente, a resolução do conflito procedente. O indivíduo consegue transformar o distress numa tensão criativa, buscando assim, uma descoberta à resolução de suas dificuldades existenciais.

Formação do distúrbio



"STRESS" E CARDIOPATIAS
Radi Macruz (106)

As reações psico-neuro-endocrinológicas, originárias portanto da atuação contínua dos fatores psicossociais stressantes agudos ou crônicos, vão manter estreita relação com a instalação progressiva da doença coronariana. Caso a enfermidade já esteja instalada, esses fatores são mais significativos podendo provocar infarto do miocardio, angina de peito, arritimias, insuficiência cardíaca congestiva, ataque apoplético e morte súbita; mesmo sem existência de doença coronariana (99).

Os efeitos do distress sobre a fisiopatologia cardíaca são cada vez mais comprovados pelas pesquisas psicofisiológicas. Estes estudos mostram a ação catecolâmínica e glicocorticóide(estimulada pelo organismo pela ação do stress)induzindo,inicialmente, alterações bioquímicas da célula cardíaca (perda de potássio e invasão de sódio) que geram distúrbios de formação e condução do estímulo e, conseqüentemente, arritimias, ou mesmo, posteriormente processos de miocardioesclerose caso a lesão celular já esteja constituída, As substâncias catecolamínicas,adrenalina, noradrenalina, dopamina e outras,atuam através de indução de hipóxia miocárdica, aumentando o consumo de oxigênio ou induzindo o coração a contrações vigorosas; os glicocorticóides vão atuar diretamente sobre o metabolismo eletrolítico (108).

Os estadosansiogênicos exercem assim influências comprovadas, diretas e desfavoráveis sobre o sistema cardiovascular. Isto acontece por causa de uma estimulação do hipotálamo e sistema límbico, ocasionando a secreção de hormônios hipofisários que estimulam as glândulas supra-renais na expulsão de hormônios, como os já citados, adrenalina e noradrenalina. Conseqüentemente, este fenômeno provoca um aumento da freqüência cardíaca e da pressão arterial, intensificando mais o status hemodinâmico do coração. Proporciona também, as catecolominas, adrenalina e noradrenalina, o aumento da adesividade das plaquetas, da viscosidade do sangue, a elevação dos níveis de colesterol e triglicerídios e a diminuição do tempo de coagulação (73).

Parece portanto provável, que haja uma relação quantitativa entre a intensidade de uma tensão emocional e a resposta hemodinâmica do coração.

Na ocorrência de um stress prolongado, vê-se grande proba-

bilidade da instalação progressiva de uma doença do tipo aterosclerótica. Sendo o stress agudo — que acomete o indivíduo subitamente e de forma intensa — haverá maior risco de um infarto do miocárdio, com ou sem doença coronariana, ou mesmo de algumas arritimias graves (115). Entretanto, o efeito do stress faz-se sentir no organismo como um todo, tornando-se relevante a atenção as manifestações de alguns outros fatores de risco, induzidos por uma tensão emocional, por vezes até num sistema circular: stress → hipertensão → stress.

Em realidade, a participação das tensões emocionais na promoção de distúrbios orgânicos em especial, os cardiovasculares, torna-se algo, cada dia mais, indiscutível:

> É por certo o elemento predominante do status social de nossa civilização, e forma com os erros dietéticos, a hipertensão arterial e o tabagismo, o quadrilátero básico etiológico responsável pela severidade das complicações com que as lesões ateroscleróticas vêm evoluindo no mundo ocidental (129).

2.1.3 - O Padrão de Comportamento tipo A

— A personalidade do indivíduo propenso a doença coronariana —

No século XIX e início do XX, começa a surgir discretamente o interesse do estudo das emoções e do comportamento, relacionando-os ao desenvolvimento da doença coronariana. Em 1897, Willian Osler escreveu:

> Eu acredito que a alta pressão que os homens vivem e o hábito de trabalhar o coração até a sua capacidade máxima são responsáveis pela degeneração arterial, em vez de excesso de comida e bebida... (11).

Nesta perspectiva, articulam-se os estudos dos Menningers (109) acrescentando que estes pacientes apresentam fortes tendências agressivas que foram "rigorosamente reprimidas"; e Kemple (94) que combinou estas noções e acrescentou que pacientes coronarianos demonstram ter experiências introversivas limitadas, redução de criatividade, assim como uma falta de imaginação e de sensibilidade para nuances sutis em seu próprio meio ambiente.

Prosseguem as pesquisas propondo outras afirmativas sobre a influência dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da coronariopatia, contudo muitas destas investigações têm sido deixadas de lado por falta de suportes empíricos posteriores.

Existe, porém, nos domínios da ciência médica um consenso de que um dos trabalhos mais importantes sobre a doença coronariana associada a características de personalidade e comportamento surge com Friedman e Roseman (38), que há mais de duas décadas vêm promovendo estudos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais sobre a importância do comportamento e do Sistema Nervoso Central na patogenia da coronariopatia.

Friedman, de posse de suas pesquisas, define o comportamento do indivíduo propenso a doença aterosclerótica coronariana como:

> Uma característica de complexa ação — emoção, que é exibida por aqueles indivíduos que estão ligados a uma luta relativamente crônica para obter um número ilimitado de coisas definidas do seu meio ambiente no menor número de tempo e, se necessário, contra os esforços opostos de outras coisas ou pessoas no mesmo meio ambiente(36).

Deste modo, foi assim denominado indivíduos com padrão de comprotamento tipo A, aquelas pessoas que apresentavam o comportamento acima descrito[5,6]; aquelas de comportamento oposto foram chamadas de tipo B. O comportamento tipo A supõe um estilo de vida caracterizado por competição, luta pela realização, agressividade, impaciência, rapidez, fala explosiva, super-vigilância, inquietação, rigidez da musculatura facial, sentimento de estar sob constante pressão e desafio de responsabilidade (130). É importante ressalvar, entretanto que a respeito de todos esses tipos de conduta, para uma pessoa ser classificada pela teoria tipo A, nem todos os aspectos comentados precisam estar presentes.

O instrumental técnico de pesquisa mais utilizado nos estudos do padrão de comportamento tipo A, consiste em um questionário padronizado de administração própria e de resultado computável, denominado "Questionário de Avaliação de Atividade de Jenkins" (91). Um número grande de pesquisas subseqüentes as de Friedman e Roseman, vem utilizando este suporte metodológico, e todas confirmaram a hipótese já levantada(64). Enquanto is-

---

[5]Friedman et alli(37) através de um estudo de autopsias de indivíduos julgados portadores de comportamento tipo A, revelou que estes apresentavam um número importante de aterosclerose nas artérias coronárias, quando comparados, àqueles avaliados como pertencentes ao tipo B.

[6]É importante distinguir tipo A de comportamento do conceito de stress. O comportamento padrão do indivíduo propenso a doença coronariana não é nem uma situação stressora nem uma resposta de angústia, pelo contrário é um estilo de comportamento evidente em algumas pessoas. Inúmeros estudos, clínicos e epidemiológicos, têm mostrado que ansiedade, depressão e defesas neuróticas estão associadas com o risco de desenvolver angina de peito e infarto do miocárdio, esta provável contribuição as doenças coronarianas contudo é bem independente do risco conferido pela presença do modelo de comportamento tipo A. (87, 88).

so, outras investigações nos Estados Unidos e em outros países vêm apresentando novas questões a se refletir. Como por exemplo, verificou-se que a incidência do risco coronariano foi proporcional a intensidade do padrão de comportamento do tipo A mostrados pelos pontos do tipo A de acordo com a Avaliação de Atividade de Jenkins e doença coronariana (90).

Investigações psicológicas clínicas sobre o comportamento padrão do indivíduo sujeito à coronariopatia, também sugerem que o padrão do tipo A tem várias características independentes: envolvimento educacional, luta pela realização e energia motora excessiva, estão entre os fatores identificados repetidamente. E, pesquisas em vários países apontam a relação de tais fatores à doença coronariana, em suas manifestações mais comuns, angina de peito e infarto do miocárdio (65).

Na Austrália, Wynn (157) descobriu que pacientes coronariopatas eram mais freqüentes entre trabalhadores de horas extras semanais, tanto quanto aqueles indivíduos que trabalham em dois ou mais empregos simultaneamente. Nos Estados Unidos, Bruhn (11) e Russek (94) confirmam o aumento de coronariopatias em indivíduos que trabalham em vários empregos ao mesmo tempo. Enquanto o excesso de trabalho em hora extra entre indivíduos já acometidos de infarto do miocárdio, tem sido confirmado, nos Estados Unidos por Russek (142) e Thiet et alii(149), e na Suecia pelos estudos de Theorell e Rahe (147).

Mac Kinnon (105), na Austrália e Sales (143) em investigações realizadas nos Estados Unidos apresentaram evidências de que sobrecarga durante o plantão regular de trabalho também implica em fator de risco à enfermidade coronariana de origem aterosclerótica.

Uma pesquisa de casos realizada na União Soviética por Ganelina e Kraevskij (63) mostra um número três vezes maior de coronariopatas que demonstram elevada ambição e aceleração de suas percentagens de trabalho, do que no grupo controle. Assim como, observa Wolf (156) que a pessoa tipo A apresenta-se como um lutador inflexível ("strive whithout joy"), se sentindo insatisfeito com a vida (realização ocupacional) e sem recompensas, possivelmente se acomodem. Neste caso, suas defesas egóicas tornam-se mais exacerbadas e provavelmente menos efetivas, culminando com distúrbios psicossomáticos que podem levar até a morte súbita[7]

> Nós vemos estes fatores de riscos psicológicos adicionais para doença coronariana não como exploração competidora para o comportamento padrão ao paciente propenso a coronariopatia, mas ao contrário, como cenas e atos de um cenário psicológico no qual o indivíduo tipo A é o ator principal mais comum(66).

Uma outra característica normalmente encontrada em pacientes coronarianos e parte de grande formulação sobre o tipo A, é a velocidade, impaciência, inquietação que estes indivíduos manifestam em suas falas, conversas e ações. O candidato a um infarto do miocárdio é descrito portanto como um indivíduo comumente incapaz de sentar e relaxar quando não há trabalho a fazer, parece não precisar de nenhum momento de lazer, e dá a impressão de estar sempre tenso, não conseguindo relaxar nem depois de um dia inteiro de"trabalho duro". Esta tensão reflete-se na sua hi

[7]Em outras palavras, o tipo A é um homem que trabalha intensamente mas nunca está plenamente satisfeito com o que tenha realizado. Isto por que seu grau de ambição situa-se sempre acima daquilo que obtém(130).

peratividade do andar falar, dirigir, trabalhar e comer, executando todas essas tarefa o mais rapidamente possível (66). Porém, quando a pessoa é impedida de alguma maneira de alcançar seus objetivos ou mesmo quando se vê obrigada a diminuir a velocidade, e impedida de ocupar lugares ou fazer coisas na sua velocidade usual, é particularmente provável que respondam com reações de hostilidade, uma das características mais comuns entre pessoas com fortes tendências ao tipo A (147).

Uma variedade de fatores sociológicos, psicológicos e situações especiais como, doença — hospitalização — cirurgia, contribuem para o prognóstico de risco da doença coronariana, assim como para o prognóstico da recuperação hemodinâmica do coração, principalmente em situações de cirurgia cardíaca (96, 150, 151). Entretanto, o comportamento padrão do indivíduo propenso à enfermidade coronariana é o mais estudado complemento destes fatores psicossociais, contribuindo, valiosamente, para a avaliação e possível prevenção, do risco do surgimento de uma coronariopatia aterosclerótica e de suas prováveis complicações, angina de peito e infarto do miocárdio, que costumam advir deste tipo de patogenia cardíaca.

Enquanto o comportamento padrão do tipo A é um fator de risco importante, ele não é de forma alguma o único agente psicossial, como pode ser observado. Neste sentido, procuramos no item 2.2- "A Medicina Social e A Expropriação da Saúde", apontar outras possíveis variáveis com o propósito de uma melhor compreensão sobre as "vivências iatrogênicas" favorecidas por uma determinada estrutura hospitalar e pelas "propostas de saúde" encontradas no exercício da medicina social, guardando significado relevante para o nosso estudo, visto que os pacientes em pesquisa encon-

tram-se hospitalizados e à disposição da prática médica. Desta forma, estes fatos concorrem, atualmente, como mais um fator de stress e, fatalmente de risco, que aliados ao padrão de comportamento tipo A e aos outros fatores já citados, vão supostamente contribuir de maneira efetiva para o aparecimento de eventos deletérios à doença coronariana: angina de peito, infarto do miocárdio, arritimias, etc.

2.1.4 - A Angina de Peito e O Infarto do Miocárdio

A angina é uma forte dor que se localiza atrás do esterno, mais precisamente no centro do tórax, e pode aparecer como uma sensação de peso, pressão ou ardência, desencadeada por stress físico ou emocional, e que, geralmente, melhora com repouso. Este tipo de dor costuma durar, pelo menos de 3 a 5 minutos. Constituindo o principal sintoma da doença coronariana (16) de origem aterosclerótica.

A angina seria a manifestação de uma relativa falta de sangue em determinada área do coração, pois estando as coronárias lesadas não suprem mais o músculo cardíaco no momento de uma demanda excessiva; se as artérias coronárias estão doentes passa a existir um obstáculo ao fluxo sangüíneo (113).

> Em repouso completo, os músculos cardíacos podem comumente desempenhar seu papel com perfeição bombeando o sangue sem se definharem por falta de oxigênio, embora as artérias coronárias possam estar parcialmente bloqueadas. Porém se o paciente ingere uma refeição muito pesada, corre ou sobe uma colina, principalmente se está ventando, ou passa por um transtorno emocional, o coração é então solicitado a bater mais forte e rapidamente. Ele se esforça para tanto, mas a sua própria e crescen

> te demanda de oxigênio não pode ser satisfeita. O próprio músculo torna-se então privado de oxigênio, ou isquêmico... e sobrevém a angina pectoris (39).

A ausência de oxigênio em uma região do coração acarreta portanto, a "isquemia do miocárdio" e, se esta atingir um ponto crítico pode provocar o aparecimento de dor no centro do peito. Contudo, é importante ressaltar que vários outros problemas podem confundir-se com as dores cardíacas e muitas vezes suas características são idênticas as das doenças coronarianas. As causas da angina de peito podem ser, então, de ordem cardíaca ou não-cardíaca, abrangendo sobretudo os fatores de ordem emocional. Nestes casos, podem estar relacionadas a uma patologia psíquica, denominada "neurose cardíaca", que se apresenta como disfarce de conflitos emocionais internos, principalmente por sintomas cardiovasculares. Na verdadeira angina pectoris a maioria dos indivíduos procuram não tocar no nome da dor, evitando o sintoma, e geralmente apresentam uma face de terror e de angústia. Já no paciente neurótico, a descrição manifesta-se dramaticamente como se a dor pudesse ser sanada com um "agrado ao coração". Também observa-se o desenvolvimento de uma cardiopatia a partir de uma neurose cardíaca, com a presença de sintomas psíquicos e orgânicos, existindo assim, um transtorno funcional da circulação condicionado somaticamente (31).

Por outro lado, ainda com relação aos aspectos psicológicos, verifica-se que é perfeitamente comum a presença de reações de medo e ansiedade frente a dor angionosa fazendo o sujeito sofrer psiquicamente e podendo agravar a evolução da coronariopatia.

UNIVERSIDADE CATÓLICA

> A ansiedade, quando exagerada, pode precipitar ou agravar as crises de angina, assim como é capaz de modificar as suas características, mascarando-as totalmente. Por mecanismos complexos, a ansiedade, como qualquer tipo de stress, provoca a liberação de catecolaminas (...), que fazem o coração bater mais apressadamente e elevam a pressão arterial, aumentando, assim, as exigências do coração em oxigênio (114).

Percebe-se então, uma reação circular: a dor anginosa propiciando estados de tensão e ansiedade no paciente e estes, por sua vez, trazendo prejuízos ao sistema cardiovascular intensificando a presença da dor e agravamento da doença. Desta forma, em virtude de seu quadro clínico, o coronariopata tornar-se-á mais ansioso e assim por diante...

Os pacientes portadores de angina de peito ou não, podem ser acometidos de infarto do miocárdio, sendo esta afecção uma das mais comuns e das mais graves e sérias complicações da coronariopatia. O infarto é qualquer área do músculo cardíaco que morre em conseqüência da obstrução de um ramo coronário já lesado pela aterosclerose. Esta complicação da doença coronariana ocorre quando o fornecimento sangüíneo é totalmente cortado, geralmente em decorrência de um bloqueio completo de uma das artérias coronárias ou de suas ramificações a uma parte do coração. A partir deste bloqueio a parte do miocárdio que ficou privada de sangue e certamente morreu, o organismo, sabiamente, envia para esta região um número grande de células especiais capazes de protegê-la, cicatrizando-a (40).

Se o infarto atingir uma pequena artéria coronariana, a cicatriz também será diminuída, havendo um prejuízo menor para o coração. Por outro lado, se a coronária obstruída for grande, as conseqüências certamente serão aumentadas, a cicatriz resultante

será de tamanho maior, acarretando um enfraquecimento na função de bombeamento do músculo cardíaco (41).

A dor do infarto é geralmente mais violenta que da angina de peito, costumando durar um período maior de tempo, sem alívio com repouso ou com medicação usada para o quadro anginoso — caracteriza-se por uma pressão no tórax, irradiando para o queixo, ombro esquerdo e também para as costas, que pode ser acompanhada por depressão respiratória e por uma série de reações fisiológicas como: sudorese, náuseas e vômitos, palidez (72).

A necessidade de repouso é pacífica, pois nas primeiras setenta e duas horas após um episódio de infarto, o risco de mortalidade é muito alto. Neste caso, recomenda-se que o paciente permaneça em um serviço hospitalar de tratamento intensivo para doenças cardiovasculares (Unidade Coronariana) durante pelo menos três dias ou mais, a fim de uma melhor avaliação diagnóstica e de ter um tratamento adequado às complicações capazes de agravar o estado mórbido do doente.

O paciente com infarto do miocárdio pode vir a apresentar problemas psicológicos importantes pois, fatalmente, sente-se alarmado com a realidade que lhe persegue: a dor, a probabilidade de ter um novo ataque e o angustiante receio de morrer de repente (154). Compreende-se, desta forma, que reações de ansiedade possam surgir, e que, conforme mostram as pesquisas, estes estados de tensão são contra-indicados, principalmente na fase aguda do infarto, visto que exercem no sistema cardiovascular o mesmo prejuízo que os exercícios físicos (156).

O impacto produzido por um infarto ao paciente pode criar ansiedade e depressão, bem como uma reação de negação da doença. Embora não haja nenhuma obrigatoriedade de surgimento e seqüên-

cia dessas reações, estudos (154) vêm mostrando que: a ansiedade torna-se fundamental para o paciente infartado, visto que este evento, o infarto, significa uma ameaça real, tanto a nível fisiopatológico quanto psicossocial, a vida do indivíduo; e que,

> (...) a falha em detectar e, tratar tais componentes psicológicos da enfermidade coronariana, como a ansiedade, pode não apenas conduzir a uma perturbação emocional, como também trazer uma ameaça adicional a condição física do paciente (10).

2.1.5 - A Cirurgia de Revascularização Miocárdica por Ponte de Safena.

Já vimos que o indivíduo com doença coronariana apresenta, geralmente, dor precordial, angina de peito, desencadeada por esforço ou emoção resultado da desproporção entre oferta e demanda de sangue ao miocárdio que é proveniente da obstrução na luz de uma ou mais artéria coronária. Esta desproporção leva a isquemia miocárdia, ou seja, déficit na irrigação sangüinea do músculo cardíaco, sendo este o principal fator desencadeante da dor que é o sintoma mais importante e determinante para que o doente procure tratamento.

Após o exame clínico, eletrocardiográfico e ergométrico (teste em que o doente é submetido a esforço físico visando à intensificação ou aparecimento de sinais e sintomas que corroboram com o diagnóstico de insuficiência coronariana) é instituído o tratamento medicamentoso que visa o controle da dor precordial (14).

Se houver cessação da dor com o uso das drogas, muitos mé-

dicos advogam a observação e controle ambulatorial do doente, enquanto outros preferem prosseguir a investigação e submetem o paciente à cinecoronariografia, exame realizado com técnica de cateterismo (estudo do coração por meio de cateteres, que em grego significa tubo) que propicia a visualização das artérias coronárias, assim como da obstrução ou obstruções desses vasos, além de dar significativa avaliação da função do músculo cardíaco comprometido. Em caso de obstrução da luz de um vaso coronário acima de 70% ou de 50% de tronco coronário, e dependendo da importância da área muscular que o vaso doente irriga, o paciente é enviado a tratamento cirúrgico (32).

> Há sempre perigo de que obstruções parciais intensifiquem-se e ocluam completamente a luz dos vasos, com conseqüencias, por vezes desastrosas. Um vaso ocluído não deixa passar sangue e provoca o enfarte. Por isto, em certas formas graves, o tratamento médico encontra dificuldades para conseguir o alívio das dores e para prevenir o enfarte e demais complicações (116).

O processo de revascularização cirúrgica do miocárdio mais empregado atualmente é a ponte de veia safena entre a aorta ascendente e o segmento da artéria coronária após a estenose (119).

Para este tipo de cirurgia o coração é abordado através da esternotomia mediana, corte, com serra elétrica, no centro do tórax, dividindo o esterno em duas partes iguais, possibilitando uma visualização do leito coronário. Enquanto a torocotomia e o preparo da canulação do coração (fase inicial para a instalação da circulação extra-corpórea) são efetuados, um ou dois assistentes realizam a dissecção e o tratamento da veia safena em solução estéril. A veia retirada é geralmente de uma das pernas do pacien-

te (119). Entretanto, a fim de que o ato cirúrgico logre êxito não é necessário apenas a boa técnica do cirurgião, e sim o funcionamento perfeito dos outros procedimentos inerentes à cirurgia, que são: a circulação extracorpórea e a cardioplegia, que dependem não somente da habilidade humana como também de uma boa infra-estrutura hospitalar.

O termo "circulação extracorpórea" — CEC, refere-se a um sistema artificial pelo qual a circulação é, total ou parcialmente, transportada para fora do organismo. Assim, aplica-se procedimentos variados como a "perfusão" de órgãos isolados, que designa o fluxo de sangue ou outros fluídos através dos vasos sanguíneos teciduais, a derivação de sangue de artérias e veias ou vice-versa, ou a conexão de um organismo vivo a qualquer dispositivo artificial desde que o sangue drenado do organismo seja a ele eventualmente devolvido. É um procedimento pelo qual o sangue passa das veias sistêmicas ao sistema arterial, sem entrar nas cavidades cardíacas e no leito vascular pulmonar, sendo para isso necessário a substituição do coração e dos pulmões por uma "bomba mecânica e dispositivo de oxigenação" (144).

Assim sendo, "máquina coração — pulmão artificial", "derivação cardiopulmonar" ou "circulação extra-corpórea" são denominações do sistema acima mencionado, e de um conjunto de aparatos técnicos composto por oxigenador, bombas, tubos para condução de sangue, filtros, permutadores térmicos e conectores (144).

Em circulação extra-corpórea faz-se necessário o uso do "método da cardioplegia", através do qual o coração é paralisado para que o cirurgião possa proceder a sutura da ponte de safena. Nesse período o coração permanece em assistolia, ou seja, parado, e essa situação é obtida através da introdução de uma solução com

posta de potássio, sódio, cálcio, glicose, manitol e bicabornato, que é injetada após o paciente ter sido resfriado a temperatura de 28ºC. A solução cardioplégica é infundida no local, na raiz da aorta mais usualmente, na temperatura de 4º a 8ºC e a assistolia ocorre em aproximadamente 2 minutos. A baixa temperatura do paciente e a reduzida temperatura da solução cardioplégica são resultados de muitos anos de pesquisa que visaram um método menos deletério possível ao músculo cardíaco durante a cirurgia (144).

Após a realização das suturas das pontes, a recuperação dos batinentos cardíacos faz-se espontaneamente após o reaquecimento ou através da utilização de choque elétrico, sendo suspensa a circulação extracorpórea e as cânulas retiradas do coração. Em seguida são colocados dreno de mediastino e cabo de marcapasso, e o tórax vai sendo fechado por planos(119).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é uma medida de exceção, e não uma regra para todos os pacientes portadores de doença coronariana. Pois, este procedimento terapêutico não cura nem paralisa a evolução da coronariopatia aterosclerótica, apenas permite que a circulação sanguínea desvie-se, através da ponte de safena, de um aterona que impossibilitava ou dificultava o transporte do sangue. Após a cirurgia, se o paciente não continuar tratando-se, principalmente a nível preventivo (controlando os fatores de risco: dieta, tabagismo, stress) arriscar-se-á ao surgimento de novas obstruções ateroscleróticas.

2.2 - A Medicina Social e a Expropriação da Saúde

2.2.1 - A Medicina Social

A fim de se compreender a atual instituição médica, necessário se faz analisar sua história, o surgimento do hospital e a prática médica associada a medicina social.

Os estudos realizados por Foucault (45, 47) destacam-se decisivamente, e constituem hoje referências fundamentais para discussões históricas e políticas sobre a ciência médica. Assim como, Rosem (136), Machado (102) são relevantes para o nosso estudo.

Foucault, mais especificamente em "Nascimento da Clínica"(45), faz uma análise filosófica e ideológica da medicina a partir dos meados do século XVIII. Nesta época a medicina dava-se por um caráter imperativo e subjetivo, distantes de uma comprovação empírica.

Passo a passo, as estratégias de observação e descrição dos fenômenos clínicos, favorecem o surgimento da medicina moderna com o seu objeto de estudo definido pela observação do concreto — uma medicina classificatória, que privilegia a observação dos sintomas. Aparece neste momento, segundo comenta Foucault, o corpo do doente como lugar de atuação da doença, eclodindo desta maneira dois espaços distintos: o da doença e o do corpo do doente.

Assim, a partir do século XIX houve uma preocupação mais voltada em estabelecer relações e combinações entre doenças e sintomas, fazendo surgir a medicina dos órgãos.

Com as descobertas anátomo-patológicas, a medicina vai li-

gar-se à cirurgia, criando um conjunto de técnicas mais aprimoradas para a luta contra a morte. Porém, a prática médica que dominara os séculos XIX e XX fez-se com as descobertas da fisiologia e da patologia, deixando "definitivamente" para trás a visão metafísica do adoecer, tomando mesmo contra a fisiologia e a própria biologia, a morte como seu mais novo desafio.

Desta forma, para que a medicina moderna pudesse existir, foi necessário:

> (...) toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber: foi preciso situar o doente em um espaço homogêneo e coletivo (46).

Ao contrário do que se imagina, com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, pois desenvolvia-se a medicina social justamente no século XVIII quando aparecia este novo sistema econômico, que tinha como seu primeiro objetivo a socializar, o corpo enquanto força de produção e de trabalho. Afirma Foulcault:

> O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo. Foi no somático, no biológico, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política (49)

Para responder a questão de como esta socialização foi possível, o autor citado propõe reconstituir três etapas da formação da medicina social na Europa: a Medicina do Estado, a Medicina Urbana e a Medicina da Força de trabalho (48).

A medicina de Estado desenvolveu-se, sobretudo, na Alema-

nha no início do século XVIII, notando-se neste país, bem antes da França e da Inglaterra, supostamente mais desenvolvidos economicamente, o aparecimento da ciência de Estado. "O Estado Moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente, por essas razões negativas" (50).

Será, então, na Alemanha que a preocupação sanitária do Estado estará associada à elevação do nível de saúde dos indivíduos, porque o monarca necessita que seus súditos sejam saudáveis, a fim de que cumpram suas obrigações na paz e na guerra. Assim sendo, coube ao Estado a saúde de seu povo, e aos médicos não só tratarem dos doentes, bem como supervisionarem a saúde da população. Entretanto, o que se tinha era a má utilização da medicina por sujeitos sem competência, que expunham, certamente, a pessoa a perigos maiores que a própria doença.

> Para se dispor de um pessoal médico competente, é necessário decretar um regulamento da polícia médica que regulará a educação médica, supervisionará boticas e hospitais, previnirá epidemias, combaterá o charlatanismo e possibilitará o esclarecimento da população (138)

Surge portanto, a noção de polícia médica, em 1764, diferentemente das propostas de saúde apresentadas pela França e Inglaterra, que diziam respeito a uma "contabilidade de mortalidade ou natalidade" (51).

A polícia médica estava relacionada ao funcionamento e controle do Estado, que programaria uma observação mais completa dos enfermos e uma "normalização da prática e do saber médico". (51)

Outro fator importante desta estratégia de policiamento era a criação de uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos, bem como o profissional médico deveria ser

nomeado pelo governo a fim de cuidar de uma determinada região que ficaria sobre "seu domínio de poder ou do exercício da autoridade de seu saber" (52). Sendo assim, a prática daqueles que cuidam da saúde também não devia escapar ao controle do Estado, contudo como propõe Foucault, o que na realidade estaria surgindo com este novo conceito, o policiamento, era um aumento do poder do Estado que propriamente uma proposta humanitária para melhorar as condições de vida da população alemã (52).

A próxima direção no desenvolvimento da medicina social é representada pela França, em fins do século XVIII, a partir do desenvolvimento das estruturas urbanas, não tendo como suporte a estrutura do Estado como se deu na Alemanha. Mas, esta prática médica que surge com a urbanização, faz-se explicar (principalmente em Paris) pelo próprio desenvolvimento do sistema capitalista que, cada vez mais, com as novas possibilidades de trabalho levava um número considerável da população à procura de empregos nos grandes centros. Criava-se de certa forma um estado de pânico nas pessoas pela superpopulação e pela falta crescente de infra estrutura da cidade, promovendo nos indivíduos o que Foucault chamou de "medo urbano" (53).

O amontoado de gente, casas altas demais prestes a ruir, cemitérios cada vez mais cheios invadindo as cidades, o péssimo estado de higiene que viviam as pessoas e epidemias constantes ameaçavam a todos fazendo surgir a necessidade de um modelo médico e político capaz de resolver estes problemas. Não se tratava de buscar uma medicina de exclusão ou de purificação do espaço urbano como vinha acontecendo, mas sim de um modelo político-sanitário contra a "peste" que aumentava com o número crescente da população. A estratégia criada para lidar com tal situação de

calamidade pública, consistia em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, vigiá-los, controlar a sua locomoção e registrar assiduamente os seus comportamentos (54). Resumidamente esta medicina urbana tinha por base portanto três destacados objetivos (55):

1º) Analisar os lugares de acúmulo e amontoado de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doenças, lugares de formação ou difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos.

2º) O controle da vinculação das coisas ou dos elementos, especialmente a água e o ar.

3º) O esquadrinhamento do espaço organizando as distribuições necessárias dos diversos elementos importantes à comunidade[8].

A medicina inglesa constituirá a última etapa da formação da medicina social no continente europeu. Enquanto na França a medicina urbana caminhava para solucionar os problemas da cidade, na Inglaterra criava-se a "medicina dos pobres" ou seja, da força de trabalho, do operário (56). Sendo portanto o homem proletariado o último a tornar-se objetivo da assistência médica social, pois à frente veio o Estado e a cidade.

A situação da classe operária pós revolução industrial suscitava uma atuação urgente por parte da classe dominante, pois não só os pobres estavam expostos a doenças, bem como os patrões e seus familiares. Com o crescente fortalecimento das revindicações e da consciência de classe, alguma revolta parecia estar prestes a surgir. A partir daí com a situação dos trabalhadores cada vez mais caótica e as ameaças vigentes, formulou-se a "Lei dos

---

[8] como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber (55).

Pobres" (57), que de maneira ambígua, propunha incentivos ao trabalhador garantindo-lhes leis de assistência que asseguravam sua saúde, e ao mesmo tempo protegia o Estado política e economicamente, pois os gastos eram altos com os doentes, através da disciplina da saúde do pobre.

A "Lei dos Pobres" propõe um substrato importante para a história da medicina, ou seja:

> (...) a idéia de assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza, não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou os seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas" (57).

A medicina social inglesa, ao que parece, conseguiu suplantar as outras duas apresentadas inicialmente, pois tratava-se de uma medicina assistencial, administrativa e privada.

Do mesmo modo que na Europa, a medicina social no Brasil foi impulsionada pelo surgimento do capitalismo.

Anteriormente à chegada da Corte no Brasil, era quase inexistente a presença de médicos, causada em grande parte pela proibição do ensino superior nas colonias. Por outro lado, mínimas vantagens profissionais eram oferecidas ao médico, além de na colonia existirem poucas, e muitas vezes deterioradas medicações européias. Esses fatos, aliados ao desenvolvimento da flora local dariam idéia de um insatisfatório exercício profissional. Tais fatores fizeram com que uma forma aceitável de medicina fosse preterida por um "exercício de cura" mais relacionado ao indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro, do que ao próprio médico, con

tudo esta "arte de curar" não era exercida livremente, e sim, fiscalizada pela Coroa Portuguesa através da Físicatura-mor do Reino(103).

Entretanto a medicina vai sofrer uma transformação radical no que tange as suas formas de conhecimento e intervenção, tendo como base as mudanças sociais do século XVIII e início do século XIX.

> Com a chegada da Corte, a situação sofreu uma modificação significativa. A família real, com seu séquito de aristocratas, aumentou em quase um terço a população do Rio de Janeiro, Além disso, com ela, instalou-se um importante contingente de diplomatas, comerciantes estrangeiros e famílias rurais que começaram a transferir-se para a metrópole. A pressão populacional e as exigências higiênicas da nova camada urbana aceleraram as necessidades de mudança. A medicina passou a ser solicitada mais insistentemente. E, pelo fato de possuir métodos, objetivos e técnicas mais aprimoradas suplantou, dentro em breve, a inoperância da burocracia(29).

A medicina torna-se social, ocupando-se das causas da doença, protegendo a população contra qualquer coisa que no espaço social pudesse trazer prejuízo "físico e moral" (1) para o indivíduo.

Desta forma, a medicina contribuiu para o melhoramento da moral e manutenção dos bons costumes:

> Para que se preserve a saúde de uma população, portanto há necessidade de implantação de uma sociedade onde não suscitem paixões, onde o caos foi desfeito, onde reina a ordem, onde tudo funciona, onde não existem monstros, onde os costumes são doces. A medicina, conhecendo o homem e as alterações de seu organismo provocadas pela desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e funcionamento desta sociedade, apontando sempre as causas de alteração e nelas intervindo. Oferece o saber do corpo, que deve ser disseminado por toda a sociedade — fazendo com que cada um evite a paixão e a desordem — e

> que deve ser a base do funcionamento do corpo social. É ainda a formulação do sonho de uma república dos médicos, república onde tudo é ordem, calma, luz; onde o equilíbrio está instaurado. Temperança, continência, moderação dos costumes, tranqüilidade da alma — virtudes que se opõem a turbulência e desordem em defesa da vida; virtudes cujo exercício é relacionado a uma sociedade que o permite, que o funda. A medicina estuda a influência do estado social sobre o homem, do modo de governo, da liberdade, da escravidão, das crenças religiosas — e a partir daí, percebendo as alterações funcionais que podem decorrer desta influência, faz sua proposta de sociedade de equilíbrio"(104).

O corpo deixa de ser o espaço causal da doença, transformando-se em *objeto de vigilância*. O mesmo acontecendo com a instituição familiar, que sofrerá importantes modificações em função da higienização da família proposta pela medicina social.

> No Brasil, a higienização da família progrediu em relação direta com o desenvolvimento urbano. Historicamente este processo foi mais perceptível no Rio de Janeiro, por razões evidentes. Os encargos populacionais, econômicos, políticos, militares e sociais de sede do Governo exigiram uma modernização mais acelerada do Rio. Como conseqüência, foi exigido de seus habitantes todo o cortejo de mudanças descritas como efeitos de urbanização: secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade nas relações pessoais, maior esfriamento das relações afetivas interpessoais, etc. (30).

A função, portanto, dos higienistas era transformar os indivíduos, a família, na nova ordem urbana, diferentemente do antigo modo de viver colonial, e que precisava ser aceita em nome da prosperidade da burguesia e do progresso do Estado.

O combate ao charlatanismo é outra face importante na história da medicina social no Brasil. Quando ainda não existia Faculdade no país era difícil o controle sobre os "não licenciados" que praticavam a medicina(curandeiros, padres jesuítas), mesmo porque, os médicos formados que aqui exerciam a profissão eram prove

nientes de Coimbra. Com a implantação de Instituições de ensino médico, onde o indivíduo perde os melhores anos de sua vida estudando e assistindo aos doentes, não seria justo continuar com esta "concorrência desleal" (105).

Em síntese, concordamos com a observação de Machado e cols., ao afirmar que:

> A tarefa da medicina, como poder a serviço do progresso, consiste em orientar racionalmente a ação transformadora da sociedade, para conduzí-la à civilização. A ação modificadora do homem sobre a natureza pode elevar-se ao nível de uma política racional, científica, normalizadora, na medida em que o controle médico da cidade se funda em um saber atento a multiplicidade e interrelação das causas e dos efeitos (105).

Com o advento da medicina social, instituições médicas surgirão, principalmente nos centros urbanos. Sendo um local não só de assistência, mas também de estudos, pesquisas, formação acadêmica e treinamento e, um importante agente patogênico para a saúde das pessoas (74).

Entretanto, supõe-se que nem sempre as coisas ocorreram desta maneira:

> O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é nesta época, uma prática não hospitalar. É importante lembrar isso para poder compreender o que houve de novidade no século XVIII quando se constitui uma medicina hospitalar ou um hospital médico-terapêutico (58).

Data então, do século IV as primeiras instituições destinadas aos doentes e necessitados, segundo coloca Rosen (136), ao analisar a história do hospital desde seus primórdios. No sécu-

lo IV passamos para o hospital medieval, onde era bem desenvolvida a noção de assistência social em caso de doença ou outra desventura, possivelmente em função das considerações religiosas que predominavam nesses serviços. Logo, o hospital medieval, foi fundamentalmente uma instituição de caráter filantrópico e espiritual. Na realidade, era uma conseqüência das obrigações religiosas da época auxiliar e sustentar os inválidos, pobres e doentes. Aqueles que eram acolhidos deveriam ser recebidos e tratados dentro do espírito da caridade cristã — "a caridade medieval era uma conseqüência de um dos sentimentos mais fortes e difundidos do período, isto é, o desejo de salvação e santificação" (137).

Durante o período da Reforma, no século XVI, a assistência médica ficou definitivamente estabelecida à responsabilidade da comunidade. Contudo, este tipo de assistência hospitalar preocupada com o "social", conforme afirma Foucault, parece encobrir uma estratégia de "separação e exclusão", ou seja, o pobre doente torna-se um elemento perigoso para a sociedade, assim o hospital o recolhendo trará benefícios assistenciais não só ao sujeito como também a todo o resto da população "sadia" (59).

Faz-se necessário lembrar entretanto, que ainda nesta ocasião não havia uma preocupação com uma medicina hospitalar, direcionada para a formação do médico. O que se tinha era uma medicina realizada a domicílio, individualizada. Não havendo portanto, uma prática voltada para as observações e registros dos pacientes internados a fim de conclusões mais rigorosas sobre o "ciclo das doenças", a visão metafísica da doença ainda fazia-se presente (59).

Somente, no final do século XVIII que surgirá a medicina hospitalar, mas para que tal mudança, tão significativa, viesse acontecer

foi necessário uma reformulação[9] na antiga estrutura hospitalar, que abrangeu tanto o nível físico como administrativo, pois a partir desta ocasião passa ser o médico a palavra do poder-saber dentro do hospital — reforçada logicamente pelo ritual da visita médica através de um regime de disciplina que, inicialmente apareceu nos hospitais militares. "A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII"(60).

O esquadrinhamento disciplinar a que se viam submetidos os hospitais justificava-se por razões econômicas (o preço atribuído ao indivíduo), e pelo desejo de evitar que as epidemias se propagassem. Todavia, se este poder disciplinar é conferido ao médico, ele é explicado através da transformação do saber médico. Assim, a instituição de uma medicina hospitalar está associada tanto a disciplinarização do espaço hospitalar, quanto à mudança do saber e da prática médica. Institui-se, em 1770, que o médico deverá (61) residir no hospital, a fim de estar imediatamente presente a qualquer hora que for solicitado. Surge o médico de hospital, que até então não existia. "(...) O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII" (62).

Uma vez que, o poder médico e seus saberes ampliam-se, há cobrança de uma divulgação das experiências e dos resultados dessas maneiras novas de curar, obrigando cada vez mais a postura científica da medicina e de suas conquistas, favorecendo, de certa forma, o aparecimento de um número crescente de especialidades médicas e paramédicas, objetivando, "apenas" uma determina

---

[9] Já comentado anteriormente com maiores detalhes.

da doença[10]. Também observa-se que, com a complexidade crescente da atenção médica e um número maior de serviços hospitalares, desenvolve-se a necessidade de serviços auxiliares além dos cuidados médicos e de enfermagem já existentes, ou seja, surge o assistente social, os encarregados da burocracia de registro e administração, e mais a posteriori, o nutricionista, o fisioterapeuta, o fonodiólogo, o psicólogo entre outros.

Como observa Rosen, cria-se "uma guerra de territórios" (138). Trava-se uma luta pelo saber e pelo poder sobre o doente, que reflete claramente no relacionamento da medicina com a enfermagem, e em menor proporção com outros grupos paramédicos. A Enfermagem, que com a criação de suas "escolas de treinamento para enfermeiras", pretendia fazer uma reformulação importante em seus profissionais, também fez com que o saber médico se sentisse ameaçado, (sendo comum ainda hoje em dia, conflitos entre estas caterorias de assistência, embora tenham objetivos distintos).

Como os hospitais tinham que acomodar funções mais complexas, pessoal adicional, serviços e equipamentos, sua organização tornou-se mais elaborada e sua operação mais custosa, favorecendo o aparecimento da administração hospitalar, como profissão, o crescimento dos planos voluntários de pagamento prévio de despesas hospitalares, "consciência" e atenção em relação à qualidade do serviço hospitalar. A atenção médica obteve um papel mais preponderante para o governo (139) promovendo o crescimento acentuado da indústria farmacêutica e maior inserção

---

10Este tipo de conquista da ciência médica parece que veio propiciar um maior descaso à questões filosóficas e psicológicas importantes sobre o adoecer.

da medicina sobre a sociedade que, dominada pelo "sonho terapêutico" (84), entrega seus corpos e conseqüentemente suas cabeças submetendo-os aos mais variados agentes stressores e iatrogênicos que a prática médica do século XX faz questão de manter.

2.2.2 - A Expropriação da Saúde

Os avanços tecnológicos alcançados pelos hospitais e a própria evolução da prática médica, a medicina do século XX, apresenta-se como uma realidade assustadora: a indústria dos cuidados médicos é um dos grandes setores de maior expansão econômica, e o aumento da "produção de saúde" vem sendo comparada à desejada melhoria da qualidade de vida. Entretanto, "(...) a empresa médica tornou-se um perigo maior para a saúde, contrariamente ao mito criado pelo seu ritual" (76).

Assim, a partir de determinados pontos críticos do seu desenvolvimento, as instituições atuais de assistência médica transformaram-se nos principais obstáculos à realização de seus próprios objetivos:

> A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para continuar se fazendo explorado (75).

Um dos mais significativos estudos realizados sobre o assunto, foi feito por Ivan Illich (74), que tenta demonstrar, através de uma vasta pesquisa bibliográfica, a ineficiência e, principalmente os perigos que a atual prática da medicina vem trazen

do a sociedade, cada dia mais adoecida por uma luta constante pela cura.

Fala-se que 3 a 5% dos indivíduos admitidos em hospitais americanos são devido à má reação de uma medicação. Enquanto a "agressão cirúrgica" sofrida por muitos pacientes através de intervenções inúteis, "peça branca", já é um fenômeno generalizado, assim como, técnicas diagnósticas que atuam de forma "traumatizante, invalidante ou mortal"(80).

Verificou-se, através de dados estatísticos, que a maior parte do custo dispendido pela assistência médica provém de diagnosticos e tratamentos, cuja validade, geralmente, é nula e duvidosa, pois em caso de sucesso, o seu efeito é mudar a patologia, podendo assiduamente prolongar e intensificar o sofrimento do *sujeito-doente* (77). Assim, todo contato com a Empresa Médica coloca o indivíduo exposto a danos físicos, psíquicos e sociais. Uma lamentável realidade. Estaríamos portanto diante de uma nova epidemia e, de maior expansão em nosso tempo? O impacto negativo da empresa médica, confirma Illich (78); uma moléstia a ser curada.

Esta forma de adoecer faz-se definir pela palavra "iatrogênese", onde em grego "iatros" quer dizer médico, enquanto "genesis" significa origem (79). Porém, esta enfermidade não se encontra somente associada aos efeitos negativos da tecnologia alcançada pela indústria médica, mas como já mencionamos há outros agentes patogênicos psicossociais, de origem médica, que vão influenciar diretamente sobre o indivíduo e a sociedade. "A saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida"(81).

A este caso chamamos de "iatrogenia social", que concerne

ao prejuízo social trazido à sociedade, cada vez menos sadia, pelo crescente desenvolvimento da empresa médica, ou seja, o indivíduo vem perdendo sua capacidade de autonomia e adaptação no seu meio social, que tende a organizar-se sem ele e principalmente contra ele (81). O que parece relacionar-se ao fato do Estado ter a responsabilidade pela saúde do trabalhador a partir, sobretudo, do processo de industrialização e urbanização que cresceram nas sociedades capitalistas (81). As instituições estatais de assistência médica organizam, controlam e decidem o que é mais "saudável" para a população, independente do "preço" a se pagar através da reprodução capitalista do modo de produção[11].

O importante neste asssunto é o fato de que a "custosa" medicalização da vida só pode estar associada, sem dúvida, àquele sistema econômico que facilita a reprodução comercial e lucrativa da saúde e da doença. É no capitalismo que encontramos um maior número de despesas médicas, e isto ocorre não somente nos países ricos que chega atingir 10% do seu produto bruto nacional (82), como nos mais pobres. Sendo os mais sacrificados em relação à verba destinada às despesas médicas, pois, geralmente, é alto o preço dos equipamentos técnicos, em sua maioria importados, assim como a formação médica; com o agravante de que somente parte da população pode ser beneficiada por recursos especializados, encontrados normalmente nos grandes centros urbanos, embora, de

[11] Em outras palavras, quando as instituições médicas reproduzem a estrutura de poder capitalista no plano da saúde, reproduzem também suas fissuras, suas contradições e seu precário equilíbrio (81) — Mas convém acrescentar que nenhum regime político e nenhuma condição econômica nova virá modificar a permanência da submissão do paciente ao poder médico. Nenhum militantismo político poderá contrabalançar, nesse ponto, o que aqui é o efeito do discurso médico, afirma Clavreul (19). A submissão aos médicos é a mesma em todos os sistemas políticas, mas em, um regime capitalista esta submissão é bem mais dispendiosa (82).

maneira geral, o povo contribua através de impostos para a "empresa nacional de saúde". Do mesmo modo que estes países do terceiro mundo obscenamente são incentivados ao superconsumo da medicina, submetendo seus organismos, por vezes saudáveis, às descobertas mórbidas da medicina contemporânea[12].

As implicações sociais da prática médica não se restringem somente ao problema orçamentário, mas também à indústria farmacêutica que cresce assustadoramente em todo mundo e, a medicalização das categorias sociais. Sendo esta última denominada por Illich de "controle social pelo diagnóstico" (83), que significa fazer com que os indivíduos aceitem como necessidade, cuidados médicos rotineiros a diversas categorias de pessoas de diferentes idades e estado de vida. Todas as idades são medicáveis, tal como a sexualidade, a intelectualidade, a gestação e todos os estados que a sociedade moderna exige o consumo terapêutico. Assim, temos a vida como uma seqüência de períodos de doença, onde alcançar um "estado de saúde", possivelmente só conseguir-se-á através do controle e da intervenção médica ininterruptamente; ficando a autonomia do indivíduo sobre a sua própria existência, suas possibilidades orgânicas e psicológicas de luta

[12] No Brasil, a categoria médica começa tomar consciência dos problemas relativos à assistência médica e as precárias condições de saúde que vivemos; gerando discussões e, importantes, reflexões (?) apresentadas pelos Sindicatos e Conselhos Regionais de Medicina. Algumas destas reflexões são passíveis de crítica pois anunciam, mais claramente, uma preocupação pela perda do status médico que a categoria vem sofrendo, devido à deteriorização das condições do exercício da prática médica e a salários incompatíveis com as exigências da vida, levando o médico *aproximar-se* socialmente do doente.

e adaptação, anuladas e longe de cogitações.

> A medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencoraja a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida (84).

Em conseqüência, assim temos o mundo como um enorme hospital que anuncia, usando todos os métodos de propaganda que tem direito para vender seu produto, um programa assistencial de eliminação da dor, do sofrimento e até da morte:

> (...) uma preocupação científica e racional, tentando anular a sensação e o significado que o indivíduo traz de suas experiências; como se tal fosse possível. Na realidade a separação sensação / pensamento é impossível; o que pode ocorrer é uma anestesia, uma tentativa de se esquecer ou fugir as responsabilidade da própria existência (3).

Em certo aspecto, as propostas oferecidas pela burocracia médica de eliminação das categorias acima mencionadas, não permite ao homem a condição essencial de viver tais experiências; levando-o a uma busca por saídas mais rápidas e práticas[13], com isso, o homem torna-se um objeto fragilizado e alienado, sujeito a constantes reparos e regras de conduta como para "comer, dormir, amar,

---

[13] Constatadas pelo aumento do consumo de ansiolíticos e analgésicos, na tentativa de eliminar "dores psicológicas", impendindo a conscientização e elaboração das mesmas.

divertir-se, cantar, sofrer e morrer"(86).[14]

Illich coloca como resultado desta incapacidade dos indivíduos de enfrentarem a vida com todos seus desejos, este "fidelismo e servilismo crescente à terapêutica", uma regressão estrutural da saúde, uma síndrome que o autor denomina de "iatrogênese estrutural". (86).

O homem ao ser colonizado pelo discurso médico, sociedade industrial, deve aprender a lutar contra o sofrimento e a morte sempre de forma medicalizadora, como se a doença ocorresse separadamente da pessoa, o que enfatizará a visão dicotomizada saúde / doença, como situações distintas e independentes do indivíduo.

Ao que parece, a ciência médica e suas propostas de saúde, a assistência médica e a relação doente (doença) — instituição médica, por negar fatores de crescimento no adoecer, podem impedir o sujeito de transformar uma tensão psíquica, decorrente por exemplo de uma determinada doença ou necessidade cirúrgica, em uma tensão criativa, abrindo possibilidades para transcender a sua condição de "homem racional" e começar perceber sua existência de forma mais ampla e mais significativa.

2.2.3 - A Relação Doente (Doença) — Instituição Médica

Partindo das considerações de Boltanski e da corrente fran

[14]Com a vivência hospitalar, de alguns anos de trabalho e estudos, observamos que mesmo seja desejo do paciente morrer em sua própria casa ou levar seus últimos momentos de vida, por exemplo, por consequência de um câncer em fase final, do jeito que bem quiser, ele (assim como seus familiares) é impedido, ameaçado e quase amarrado no leito hospitalar.

cesa da sociologia do corpo (6), percebemos a prática de saúde associada a uma relação de classe; onde, ideologicamente, a medicina científica exerce um controle quase que absoluto sobre a sociedade, o que reforça as citações de Illich (74), marcadamente configurada na linguagem, nos gestos, na percepção e no olhar que o médico tem sobre o seu objeto de análise, o doente. Portanto, a relação médico-paciente é vista intimamente ligada a estruturas de classes levando o médico, na maioria das vezes, a comportar-se diferentemente conforme a classe social do doente:

> Na maior parte dos casos, o médico é imediatamente percebido pelos membros das classes populares como o representante de um universo estranho, como um membro desta vasta maçonaria: 'os outros' (...), os representantes da legalidade, os guardiães da ordem social (7).

O que fundamenta, portanto a relação médico-paciente é o distanciamento do médico em relação a seu doente, ou seja, uma barreira lingüística. Estamos falando do "discurso competente", o discurso da linguagem, que tem competência e autoridade para ser emitido, segundo Chaui:

> (...) se trata de um discurso instituído ou da ciência institucionalizada e não de um saber instituinte e inaugural e que, como conhecimento instituído, tem o papel de dissimular sob a capa de cientificidade a existência real da dominação(15).

Ao que parece, este tipo de fala processa-se de maneira automática em nome de uma ideologia do poder, e quanto mais isto ocorrer, melhor será sua reprodução. Esta atitude mecanicista favorecerá a transformação do sujeito em objeto, portanto o homem

passa a viver através de vários pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana desapareceu. Deste modo,

> (...) o discurso competente exige uma submissão que não é algo qualquer, mas alguma coisa profunda e sinistra, exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interiorizar corre o risco de ver-se a si mesmo, como incompetente, anormal, a social, como detrito e lixo(15).

Para o médico, o enfermo, principalmente das classes populares, é um ser fechado em sua "ignorância" e em seus "preconceitos", desprovido de sabedoria ou seja, o doente não raciocina, apenas fala sem saber o que diz.

Daí a observação, com certa assiduidade, da atitude autoritária em fornecer informações mínimas em vez de argumentos, dar ordens sem comentários. Surge assim, a categoria do paciente obediente, aquele que cumpre ordens sem muitas perguntas, que aceita sem compreender, respondendo tão somente o que lhe foi perguntado, pois possivelmente, tem medo de ser um paciente "incompetente". Sendo, o pior doente aquele que se comporta de maneira contrária, pretenciosa, crêem-se "inteligentes"(8):

> (...) com uma organização bonita demáis de seus sintomas, às vezes um diagnóstico pronto, e mesmo um projeto terapêutico, esperando que o médico o precise, o aperfeiçoe e o execute. O que é muito irritante para o médico, que não deseja uma submissão tão agressiva e desejaria menos presunção. Pois o doente "entregue todo o seu mal", é incapaz de julgar, diria Hipócrates. E, Fiessinger, citando a si próprio, afirma: O doente raciocina com sua sensibilidade e sua emoção, logo raciocina errado(24).

A partir desta noção de que o saber está no médico e a ignorância no doente, o médico vê-se justificado para decidir enquanto "mestre absoluto", sabendo melhor do que qualquer outro, qual é o bem de seu paciente e de que "ele não pode desejar este bem"(25).

Pensar a relação médico-paciente é estarmos diante de questões da ordem poder-saber, onde em nome da utilização dos benefícios da ciência, da qual a classe médica é porta-voz, anula-se o que é contraditório no discurso não científico, rejeita-se as sensações individuais e o irracional, a fim de assistir o doente pelo domínio do saber verdadeiro. Assim, se a princípio analisamos o olhar médico sob o aspecto do saber, supostamente estaremos falando da questão do poder, que com o advento da medicina social, faz assegurar a construção de um novo homem empenhado em adaptar-se e fazer gerir uma nova ordem social, normatizada pela medicina.

E, é a partir desse poder-saber, que comumente, observa-se o desejo do médico em abreviar o contato com o paciente, ocultando-se, como pode, através do comportamento técnico-científico, defendendo-se atrás de estetoscópios, aparelhos de pressão, entre outros, da inter *subjetividade* do outro, medicalizando-a com *repouso* e *drogas*.

> Do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico. Pouco importa para ele se o doente teve sua primeira dor precordial no dia da morte de seu irmão!... (Ele não vai afinal, proibir o seu doente a morte de seus próximos) (24).

O desejo pela cura, por parte do médico, pode ser definido como o desejo de se desembaraçar de um importuno (23), contraria

mente ao desejo do paciente que estabelece uma relação de entrega, onde, para poder existir no discurso médico, faz-se necessário estar doente, e muitas vezes, sem muito desejo de cura[15] numa busca incansável, a partir da peregrinação por vários médicos.

Esta suspeita não é sem fundamento, pois com o progressivo aumento de pedidos de exames dos mais variados tipos, torna cada vez menos relevante o contato médico-paciente. Paralelamente, a visita ao leito tem perdido significação em função das "fichas de exame e papeletas"; por outro lado, a necessidade da intervenção de vários especialistas, contribui com que o doente saiba menos quem é seu médico. Certamente, é necessário salientar que:

> Falar da relação médico-paciente é praticamente falar de um mito. É a relação doente-instituição que prevalece e o médico é o representante da instituição. O que se espera do médico é que ele seja o seu representante tão qualificado quanto possível; do doente que seja a ela, instituição, que se submeta(26).

O que fundamenta, portanto a relação médico-doente é a exclusão da subjetividade de um e de outro. O que fica de subjetivo são sempre suspeitas: no paciente, de surgir sentimentos de pudor, medo e angústia, e no médico, de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico. Percebe-se que, cada vez mais, a medicina, através de seu saber positivo, submete o doente e a sociedade em geral à sua autoridade; onde os avanços da técnica e da especialização parecem reforçar, a cada dia mais, a pressão de seu discurso sobre o *público-doente* ou *futuro doente*.

---

[15] A doença constitui, para muitos doentes, um verdadeiro status social e familiar que lhe confere uma existência que não teria sem ela(23).

Entretanto, não há dúvida de que a demanda por auxílio de especialistas em saúde mental consiste em um crescente movimento de psiquiatrização e psicologização dos espaços sociais, presos, à ideologia do cientificismo através da norma educativa-terapêutica, reforçando o mesmo caráter de dominação e disciplinarização que comporta a ciência médica

> Assim sendo, refazem o mesmo percurso político-científico da higiene médica... Não por que visem, através das terapêuticas, a adaptá-los explicitamente aos valores político-ideológicos dominantes, mas porque os adaptam, isto sim, a uma norma física, psíquica e sexual típica e exclusiva do universo burguês(28).

Daí, a necessidade de analisar-se mais detidamente os motivos de uma demanda por ajuda psicológica e suposições gerais de que o discurso psicológico é chamado a cumprir. Do mesmo modo, como pensar na atuação do psicólogo junto a prática médica sem *reproduzir* os mecanismos da reprodução burguesa?

Permanece uma outra questão relevante no que se refere ao paciente, como uma verdade que não é falada nem pelo médico nem pelo psicólogo. Que nova redistribuição poderá haver para que o discurso do paciente permaneça mascarado naquilo que de verdade ele possa fazer surgir? Só conheceremos esse movimento investigando o real, o local das práticas concretas.

3 - O ESTUDO DE CASO — ANÁLISE E REFLEXÃO DE UMA PRÁTICA

3.1 - A Realização do Estudo

A temática deste estudo foi investigada através de observações, entrevistas e atendimento psicológico a pacientes coronariopatas, no Hospital Central do IASERJ - Enfermaria de Cirurgia Torácica, no período de 1982 a 1984. O Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ) é órgão de assistência médico-social dos servidores estaduais e tem sede e "foro" na cidade do Rio de Janeiro. É uma entidade autárquica dotada de personalidade jurídica de direito público, vinculada desde 1975 à secretaria de Estado de Administração, passando em 1982 a fazer parte da Secretaria de Saúde do Estado. Ao IASERJ compete proporcionar aos seus beneficiários e respectivos dependentes assistência médica e serviços complementares de saúde; e serviço social. Procuramos na realização deste trabalho, apreender a trama de vivências diante da cirurgia e de relações dentro da instituição, que provocavam mudanças relevantes ou criavam confli-

tos, dúvidas e confusões, podendo levar o paciente a uma modificação no seu estado de enfermo cirúrgico.

Pensamos inicialmente na utilização do teste de Apercepção Temática (TAT), com o objetivo de levantar as expectativas do paciente em relação a sua experiência frente a doença que o levou a internar-se, e suas ansiedades em relação à cirurgia, bem como a situação assistencial recebida no Hospital. Este tipo de teste foi escolhido por proporcionar associações livres dos estímulos com experiências de vida do sujeito, evidenciando-se os conflitos emocionais do mesmo e permitindo pesquisar a geração desses conflitos tanto em termos de "passado", como de forças presentes no seu campo vital. No entanto, experimentando este instrumento em alguns casos, percebemos que não atendia de fato aos objetivos propostos e, além disso, provocava uma grande mobilização no doente o que levou o staff médico a reconsiderar a viabilidade do uso do TAT e, finalmente, a decisão de substituí-lo. Por outro lado, retirar este teste em troca de uma entrevista semi-estruturada e observações clínicas, significou abrir maior espaço para a coleta de dados mais importantes para o estudo,mais vinculados à realidade visada em termos propriamente existenciais, e sem privilegiar somente a personalidade do indivíduo.

Assim, os instrumentos a que recorremos, sobretudo aqueles dirigidos aos pacientes, abordaram suas percepções, fantasias, anseios e outros comportamentos, aproveitando os momentos mais propícios para colhê-los e, ao mesmo tempo trabalhá-los do ponto de vista psicoterapêutico, servindo a finalidade do estudo quanto ao atendimento.

Para melhor compreensão sobre as considerações supracitadas, cabem algumas apreciações a cerca do início do trabalho na

na instituição em questão.

Concomitantemente ao desejo da realização de um estudo com pacientes coronariopatas em situação de cirurgia, veio o convite para executar um trabalho de atendimento psicoprofilático aos pacientes da cirurgia torácica, pulmão / coração, do Hospital Central do IASERJ. Isto significou uma vinculação do setor de Medicina Psicossomática, local onde psicólogos e psiquiatras já desenvolviam trabalhos semelhantes. Assim sendo, encontrou-se o campo ideal para a realização do estudo sobre o paciente com doença coronariana.

A partir do trabalho diário com o doente, despertou-nos o interesse em discutir a relação entre o discurso do paciente internado e a prática hospitalar, visto que as condições do coronariopata durante o período de hospitalização, vão depender do estado atual de sua enfermidade em permanente interação com a prática médica e suas constantes iatrogenias. A esta problemática acrescenta-se a necessidade de uma intervenção cirúrgica a um órgão que, além de vital, culturalmente, também simboliza o centro das emoções e do amor, o que por si só, já é fator ansiogênico e mobilizador de angústia de morte. Desta forma, foi instalado o projeto desta pesquisa, procurando verificar como a instituição lidava com as características de personalidade do paciente e sua situação de cirurgia (e vice-versa) e, em última análise, possibilitar um melhor atendimento de suas necessidades psicológicas durante este período, assim como uma melhor interação entre o médico-cirurgião e seu paciente. Este último objetivo foi desenvolvido através de nossa participação em reuniões clínicas e ampliado ao restante da equipe médica-assistencial.

Com a necessidade de recorrer a uma nova estratégia metodo

lógica em função dos problemas ocorridos com o TAT, procurou-se adequar algumas questões da entrevista com os profissionais de saúde, e ainda, elaborar outras que estivessem diretamente relacionadas a doença-cirurgia e à equipe-instituição. Buscou-se esquematizar de tal forma que cada pergunta transformar-se-ia em tema de conversa, na tentativa de uma conscientização da cirurgia (Pré-Per-Pós)e vida futura, com o objetivo de amenizar suas ansiedades e tensões frente a tudo que o cercava, evitando o agravamento do seu quadro clínico. Temos assim, por exemplo, questões do tipo: "O que espera fazer depois da cirurgia"? Com tal indagação tenta-se analisar sua ligação com o futuro, fazendo-o refletir sobre a significação da cirurgia e o reconhecimento de suas dúvidas e questionamentos a respeito da mesma; ou perguntas como: "o que você achou da assistência que recebeu no CTI"? Já com esta questão tínhamos o objetivo de fazer reviver seu momento de permanência nesta unidade e no pós-operatório da enfermaria,visando uma elaboração das situações traumáticas por que passou a fim de uma alta hospitalar dentro de um status físico e emocional o melhor possível. Conseguimos portanto, unir a pesquisa ao atendimento, e esta acabou por tornar-se quase que um esquema para o acompanhamento psicoprofilático de todos os pacientes da clínica.

Os efeitos positivos desse acompanhamento foram percebidos, durante a realização do trabalho, pela equipe de alguns setores do Hospital, evidenciando-se por mudança de comportamento do paciente no CTI, observado pelos enfermeiros e pela reflexão dos próprios cirurgiões com relação a sua atuação frente ao paciente.

Não podemos deixar, entretanto, de levar em conta duas va-

riáveis de grande importância: as greves dos médicos e funcionários que ocorreram, por vezes, durante a execução deste estudo e, o precário momento político — administrativo por que passa o hospital. Levando os doentes a viverem expectativas de insegurança decorrente do medo da não assistência médica e institucional, bem como da falta de medicação durante a internação.

Incluimos na coleta de dados elementos que atendem os pacientes na Enfermaria de Cirurgia Torácica, a saber: médico clínico, cirurgião cardíaco, médico anestesista, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, assistente social, nutricionista e servente.

3.2 - Os sujeitos analisados

Neste item pretende-se fazer uma categorização sumária dos sujeitos, quanto a dados gerais de identificação. Para tal foram incluídas 21 pessoas, sendo 12 pacientes e 9 profissionais.

a) Pacientes

Os pacientes estudados permaneceram internados, em média, 24 dias, dentre os quais 3 a 4 dias no centro de tratamento intensivo (CTI - pós-operatório), sendo que um faleceu horas depois da cirurgia e outro permaneceu em estado grave, aproximadamente, 9 dias, nesta unidade.

Todos os pacientes eram do sexo masculino, o que se explica pelo fato de, na época da coleta dos depoimentos desses sujeitos, ter havido uma predominância de homens coronariopatas internados e, por questões de viabilidade, não ter sido possível con-

tar com os depoimentos do reduzido número de sexo feminino;aliás, é esperado, normalmente, uma proporção maior do sexo masculino no caso de doenças coronarianas. A média de idade era de 53 anos, sendo todos naturais do Rio de Janeiro, em sua maioria de cor branca, apenas 3 de cor negra. Quanto ao estado civil, 11 apresentavam uma situação de vida conjugal regular (apenas 1, desquitado, vivia só) tendo em média 3 filhos. Quase todos recebiam visita regularmente no hospital, com exceção de um paciente, por ser aposentado e ter problemas familiares. Todos moravam em casa própria e, em sua maioria, nos subúrbios do Rio de Janeiro.

O nível de instrução dos sujeitos variavam desde semi-analfabetos até nível superior incompleto, como se mostra na tabela seguinte:

Tabela 1: Nível de instrução dos pacientes estudados

Instrução	Freqüência
Antigo primário	2
1º Grau	1
2º Grau	7
3º Grau incompleto	2
TOTAL	12

Quanto às atividades profissionais, o grupo era bem diversificado, assim como quanto à religião, comprovadas nas tabelas 2 e 3 respectivamente.

Tabela 2: Atividades profissionais exercidas pelos pacientes.

Atividades	Freqüência
Policiais da Ativa	2
Policiais Aposentados	2
Assistente Legislativo	2
Morotista/Pedreiro	1
Oficial de Justiça	1
Oficial de Fazenda	1
Servente	1
Mecanógrafo	1
Jardineiro	1
TOTAL	12

Tabela 3: Religião dos pacientes

Religião	Freqüência
Católicos	5
"Crentes" (Assembléia de Deus)	3
Espíritas	3
Batistas	1
TOTAL	12

Destacam-se algumas outras características de maior interesse quanto ao tema em estudo. Assim os hábitos alimentares, declarados pelos pacientes, indicaram, para a maioria, um alto con

sumo de gordura saturada (gordura animal) e presença de problemas relativos ao sono, mencionado sono inquieto, insônia e pesadelos.

Esses pacientes atribuiam o aparecimento de sua doença à esforço físico, à excesso de trabalho e à tensão emocional ("temperamento nervoso", "sofrimento" relacionado com problemas de família e de trabalho). Dos 12 pacientes, 8 já haviam sofrido infarto do miocárdio, notando-se que 2 eram policiais e infartaram durante o exercício de sua função, e um outro o infarto deu-se na enfermaria, antes da realização da cirurgia.

Alguns dados de observação permitem descrever traços de comportamento predominantes, nesses pacientes, durante todo o período de internação, tais como: rebelde, comunicativo, ativo, alegre x depressivo, agressivo, defensivo, simulador, manipulador, sedutor.

b) Os profissionais

Pretendia-se colher depoimentos de um maior número de pessoas, mas isto não foi viável, decorrente à resistência dos profissionais, comentada na análise das suas entrevistas.

Nove profissionais foram entrevistados incluindo indivíduos que trabalhavam na Enfermaria de Cirurgia Torácica e no Centro Cirúrgico (médico - clínico, médico-cirurgião, médico - anestesista; enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem; assistente social; nutricionista e servente), com as seguintes características gerais:

- Idade: média de 35 anos
- Sexo: feminino = 7; masculino = 2
- Estado civil: solteiros = 4; separados = 2; casados = 3
- Escolaridade: nível superior = 6; 2º grau = 2; 1º incompleto = 1

. Nível de contrato: efetivos = 6; estagiários = 2; prestação de serviços = 1.

Esta caracterização dos profissionais teve utilidade apenas de situar os entrevistados quanto aos seus vínculos com o paciente e a instituição, o que, por vezes, possibilitou esclarecer certas diferenças quanto a reações e posicionamentos, discutidos na análise de dados.

3.3 - A Análise dos Casos

De acordo com a estratégia seguida na realização do estudo, no item 3.2.1, foram lançadas questões a vários sujeitos que participam de diferentes posições(pacientes e profissionais de saúde)no campo de investigação abordado. Estas questões estão relacionadas nos Anexos 1 e 2.

A partir das "falas" obtidas, procurou-se analisar de forma não linear as relações que dessem conta das temáticas emergentes, em termos qualitativos e, em termos do conteúdo mais significativo aos objetivos do estudo.

Três grandes tópicos funcionaram como esquema geral para orientar a análise dos dados: a) o paciente, a doença e a cirurgia; b) o paciente, a equipe, e a instituição; e c) a equipe, o paciente e a instituição. Os dois primeiros itens permitiram centralizar a análise a partir do discurso do paciente, e o terceiro, a partir do discurso do profissional que lida diretamente com o paciente coronariopata cirúrgico. Os anexos 1 e 2, já citados, apresentam um roteiro de temas para desenvolver com o paciente e

uma entrevista semi-estruturada para os profissionais.

Em um primeiro nível de análise, buscou-se identificar o conteúdo essencial, apontado pelos dados obtidos em relação a cada tema. Os anexos 3 e 4 sintetizam os resultados desta primeira análise. Baseados nos conteúdos, assim identificados, tentou-se evidenciar as redes de relações que possibilitam compreender a significação do discurso do paciente e da equipe de saúde a cerca dos temas propostos, e conseqüentemente levantar questões sobre a existência de uma relação de poder-dominação que se define a partir da relação doente (doença) — instituição médica.

3.3.1 - O paciente, a doença, e a cirurgia

Sendo a doença coronariana a figura de maior destaque no contexto geral do presente estudo, inicia-se a discussão dos resultados pelas questões relativas ao tema.

Através das colocações dos pacientes transparece, centralmente, o sentimento de incapacidade associado a doença. Assim, os significados saúde e doença relacionam-se por oposição a partir desse sentimento, pois doença significa, para eles, justamente "sentir-se incapacitado, inútil, improdutivo", enquanto saúde define-se como "ter boas condições de vida", "poder trabalhar,ter tranqüilidade, não sentir dor e ter vida sexual" isto é,estar em condições, ou seja, capacitado para viver.

Baseados em nosso trabalho prático, concordamos que as cardiopatias, em especial as coronariopatias, por seu caráter ou significação, mobilizam um determinado tipo de ansiedade no indivíduo enfermo. Tanto por estar diante de uma situação nova e amea

çadora, a doença ou a cirurgia, quanto por ver-se doente de um órgão culturalmente e simbolicamente tão expressivo. Deste modo, complexas reações psicológicas podem ser desenvolvidas no indivíduo ao saber que está enfermo do coração. Isto se deve, principalmente, por que desde longa data, o coração tem sido reconhecido como a "sede das emoções" e "o centro da vida". Assim, explicam-se expressões lingüísticas do cotidiano como: "cortou-me o coração", "coração de mãe não se engana", e também observa-se que o coração simboliza o centro de determinados traços de caráter: "coração mole", "coração duro", "coração de pedra". Em suma, podemos assinalar que o coração parece ser o cerne de todos os sentimentos: "...tenho medo de operar o coração e morrer por dentro, mudar meus sentimentos. É uma metamorfose esta tal de cirurgia de safena. Passa-se de um casulo para uma borboleta, que a gente não sabe de que cor vai ser".

O impacto psicológico produzido pelo diagnóstico de uma enfermidade cardíaca portanto, mostra-se angustiante pelo significado especial que leva o coração, e sobretudo por ser este um órgão que não pode parar de funcionar como garantia de vida. Recorda-nos Hammerschlag (68) que toda cardiopatia parece provocar no indivíduo um medo de morrer de repente, de esforçar-se, de ver-se impotente e aos cuidados dos outros. Alguns pacientes, prossegue o autor, aceitam as restrições pela enfermidade. Contudo, outros que comportam uma personalidade "ambiciosa e superativa", especialmente, quando foi usada de forma a "compensar sentimentos de inferioridade", os limites que de algum modo uma cardiopatia pode vir a impor, tornar-se-á uma nova fonte de an-

gústia e, provavelmente, com o passar do tempo poderão surgir comportamentos desafiadores ou mesmo de apatia (70).

Por outro lado, o coração adquire uma importância acentuada dentro do esquema corporal do indivíduo, que como se sabe suscita um papel relevante no psiquismo humano.

> A imagem que o paciente faz dele mesmo é de um ser inválido, precisando de proteção; imagem essa muitas vezes reforçada pela família, pelos grupos de trabalho e pela sociedade em geral (120).

Neste sentido falamos não só do coração em si, mas do tórax local onde este encontra-se alojado.

Rosen (140), comenta que o TÓRAX é uma das partes da imagem corporal do paciente mais importantes do que geralmente se supõe. Com relação ao sexo masculino ele acha-se associado a idéias de virilidade e vigor, enquanto na mulher destaca-se o significado afetivo, sensual e da função de amamentação, intimamente vinculado aos seios. Contudo, em ambos os sexos, o TÓRAX e as funções respiratórias (por que aí alojam-se os pulmões) encontram-se relacionadas com "profundos temores primitivos de asfixia e morte, (141) — "... Sinto um aperto no peito, parece a morte chegando".

A partir dessas consideções, compreendem-se bem as observações de nossa experiência no que se refere a persistência do tema da incapacidade após a cirurgia. As perspectivas de vida dos pacientes coronariopatas, neste outro momento, apontam realmente o mesmo tema, traduzido pelo desejo de voltar "o mais rápido possível" ao trabalho, como forma de reencontrar a saúde, ou seja, a possibilidade de vir a produzir. Aqui reflete-se, entre outras coisas, a importância cultural do trabalho que compreende o papel do

corpo masculino na sociedade. Segundo Fitzgerald, um corpo incapacitado é percebido pelo homem como um pobre instrumento para desenvolver o papel ativo e agressivo de "macho" em nossa cultura, situando-se de certa forma, em uma posição desvalorizada, sem poder e de menor privilégio; isto é reafirmado pela seguinte fala do paciente: "...preciso voltar logo ao trabalho. Não sei como eles estão se virando lá em casa sem mim. A mulher não sabe mexer com esses negócios de dinheiro (bancos, contas)... e as minhas filhas devem estar com os namorados, sob os olhos da mãe é claro! Mas os vizinhos podem comentar...". Esse desejo de volta ao trabalho alia-se ao de volta à família, que parece subentender tanto a preocupação com o papel de "provedor do lar", que tem a ver com a sua função de produtividade já comentada anteriormente, quanto a sua capacidade sexual, perdida, por vezes pela própria situação da doença, e comumente reforçada pela cobrança social.

> O ato sexual, devido ao esforço físico e pelas suas reações de origem emocional, representa uma sobrecarga aguda para o coração. (...) A importância do problema é conhecida dos pacientes, muitos dos quais só apresentam dores precordiais e dispnéias quando praticam o ato sexual. (...) Contudo, afora as condições em que o ato sexual envolve riscos, para muitos pacientes a abstinência costuma provocar mais prejuízo do que benefícios. Não são poucos aqueles em que a função sexual é importante para manter a saúde física e mental, assim como para uma melhor disposição diante da vida (118).

Nos próprios depoimentos dos pacientes fica claro que a atividade sexual, por si mesma, mobiliza dois tipos de tensão: o medo de morrer durante o ato sexual, pelo fato de muitos pacientes apresentarem "dor no peito", angina pectoris, durante a relação, e a preocupação com o seu desempenho sexual, que vem acen-

tuar o já assinalado sentimento de impotência.

Procurou-se até aqui configurar as percepções da doença como temáticas básicas, sem esquecer que na realidade manifestam-se por modalidades individualizadas e, portanto, sem pretendermos uma generalização simplista; buscamos sim trazer à tona o sentido que melhor esgota esta situação peculiar, comum a todos os pacientes.

Imersos nessa situação tão característica, como reagem os coronariopatas ao tratamento cirúrgico? Objetivamente a cirurgia representa uma solução paliativa para a doença.

> A cirurgia não cura nem paralisa a evolução da aterosclerose. Este é um conceito importante a se reter. A cirurgia faz apenas com que a circulação sanguínea se desvie de um obstáculo difícil de transpor. (117).

Este é o lado concreto da situação de tratamento. Do ponto de vista emocional, já vivendo a sua doença como "incapacitante", os pacientes deverão enfrentar uma situação mais mobilizante: a cirurgia de revascularização do miocárdio por ponte de safena. Entretanto, aquilo que lhes pode devolver a capacidade de viver em melhores condições ou seja, produzir, ao mesmo tempo os coloca diante do risco de morte. O doente é de algum modo posto à prova, num impasse maior, entre a vida e a possibilidade de vir a morrer, causando certa angústia que fica explicitada em "... espero que os médicos não errem comigo, e também que meu coração não esteja tão ruim, afinal eu sou novo... já basta a minha mulher rezando p'ra eu morrer"[1].

[1] Observa-se de forma menos pronunciada, que embora este risco se já real, em nosso caso particular, as condições infraestruturais do hospital, vividas diariamente pelos pacientes, tornam mais obscuras as perspectivas sobre os resultados do tratamento — "a morte anda pelos corredores".

> A situação cirúrgica aproxima-o da morte, não só pelos riscos reais em que implica como também pelas fantasias que propicia, tais como:
> — medo de acordar durante a cirurgia
> — medo de não voltar da anestesia
> — medo de não ter forças suficientes para suportar a situação de recuperação (97).

A partir dos estudos de Kennedy e Bakst (95), verifica-se que um determinado grupo de pacientes, com forte componente depressivo busca, na realidade, com a cirurgia uma espécie de autodestruição finalizada, fantasiosamente ou não, com a morte. Neste caso os autores chamam a cirurgia de "suicídio sancionado". Este tipo de comportamento também foi constatado em nosso estudo, com uma proporção de dois para doze.

Esta reflexão faz suscitar os aspectos que dizem respeito à representação religiosa que pode comportar este desejo de buscar a morte ou de fugir da vida. Ora vamos encontrá-lo articulado às concepções de "paraíso", bem como às diversas idéias sobre "inferno", local onde se é "vítima impotente de torturas" (69). Destaca-se nesses casos, pacientes em que o aspecto religioso os leva a um comportamento, onde a decisão de viver ou morrer, "paraíso ou inferno", pertence a um poder místico, fora do alcance de seu desejo. Pouco fazem em termos de investimento psicológico para enfrentar os desafios que a medicina propõe. Torna-se expressivo portanto, o discurso de um coronariopata por nós estudados, com indicação cirúrgica, quando faz o seguinte comentário: "...acho que chegou a minha hora, o meu juízo final, amanhã encontro-me com Jesus, sagrado coração, e os médicos nada mais poderão fazer por mim"!

Argumenta-se que uma forma possível de minimizar esta mobilização, causada pela expectativa de uma cirurgia cardíaca, seria

proporcionar aos pacientes informações técnicas gerais sobre o pré-per e pós operatório, que lhes propiciassem uma reflexão a respeito; tendo-se sondado esta possibilidade no contato com os enfermos cardiopatas ao longo da pesquisa. Suas reações mostraram a necessidade de lidar com a vivência de morte associada à doença, ao tratamento e à conseqüência em termos das condições de vida após a hospitalização; embora de maneira bem individualizada.

> Quanto mais o doente conhece sobre sua doença, das possibilidades cirúrgicas e de como deverá ser o pré-operatório, mais ele nos ajuda, e com isso sua recuperação faz-se mais rapidamente. Temos presenciado situações inaceitáveis: o indivíduo é operado, tem alta hospitalar e não sabe do que e por quem foi operado (2)

Situações semelhantes presenciam-se ainda com alguma freqüência, principalmente no que tange ao paciente de condições intelectuais e sócio-econômicas menos favorecidas. Verifica-se a questão do discurso médico e a sua forma de poder sobre o corpo do paciente, e o que este precisa saber. Reconhece-se o direito do paciente à informação sobre sua saúde, riscos, possibilidades cirúrgicas, entre outros esclarecimentos. No entanto, esta é uma questão de extrema importância ética, que necessita maior reflexão por parte dos agentes de saúde, quiçá da população em geral.

> As informações portanto devem limitar os riscos: devem reduzir a incerteza e aumentar a capacidade do paciente de agir de acordo com aquilo que lhe convém: devem também fortalecer seu relacionamento com a equipe terapêutica.
> Essa realidade tem sido vista, analisada e constitui um fator de preocupação em todos os serviços, em geral, e, nos serviços de cardiologia em particular esses conflitos emocionais não resolvidos têm se constituído em

um risco negativo aos bons resultados terapêuticos conseguidos pela clínica cardíaca (150)

A despeito destas argumentações parece-nos de interesse alguns fatos por demais significativos relacionados ao papel da informação. Referimo-nos aqui à questão da dúvida vivenciada pelos pacientes em relação a querer ou não ser informado sobre a cirurgia e os procedimentos operatórios, expressando de certa forma o medo conseqüente. Se por um lado, a informação traz tranqüilidade, por outro prefigura toda a realidade do ato cirúrgico, dada pelo discurso médico. Por isso, os pacientes reagem a pergunta do pesquisador com ambigüidade pois ao mesmo tempo querem e rejeitam, a priori, os esclarecimentos; preferem "não saber" ou acham que, "mesmo sendo informados, não entenderão", isto é, recorrem a mecanismo de negação e racionalização.

> Tudo que ameaça a integridade do eu e do conceito que a pessoa faz de si própria, ou a capacidade do paciente em funcionar como uma pessoa integrada no ambiente, põe em risco seu bem estar físico. A perda da onipotência ou mesmo o risco de perder a indestrutibilidade, faz com que o paciente utilize mecanismos de defesa, geralmente a negação, para manter o seu eu afastado do fenômeno que o ameaça. (151)

Contra o medo e a ansiedade, freqüentemente emergidos no paciente pelo aparecimento de uma necessidade cirúrgica, podem surgir então defesas psicológicas inconscientes,

> (...) que levam a aceitar a necessidade da cirurgia de forma conformista, desafiadora, racionalizadora ou mesmo rejeitá-la, em função de uma negação do próprio problema, de busca de uma solução ou por não suportar a angústia pela incerteza dos seus resultados. (97)

Por outro lado, à medida em que se aproxima o ato cirurgico alguns pacientes entram em pânico e não conseguem reagir emocional ou fisicamente, ficando sujeitos a um intenso conflito entre a motivação para a cirurgia e o medo da mesma. Enquanto isso, outros utilizam o seu próprio corpo, de maneira inconsciente, a fim de bloquear ou mesmo diminuir estas tensões, por exemplo: pode ocorrer o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão arterial ou o deslocamento de sua ansiedade para outra parte normal ou "menos" importante do seu corpo. Este processo de somatização ao que parece, vai depender da importância que o paciente coloca em seu órgão comprometido. Conseqüentemente pode supor-se que quanto mais valorizado o órgão afetado, maior será a ansiedade do sujeito frente a cirúrgia.

Estas reações pré-mórbidas, e que podem trazer conseqüências clínicas desfavoráveis, encontram-se classificadamente organizadas pelas investigações de Kennedy e Bakst(95) sobre a influência das emoções no percurso de um paciente com diagnóstico de cirurgia cardíaca.

Ainda com relação à informação vê-se um outro fato que pode favorecer ao aparecimento de problemas psicológicos vividos pelo paciente a nível de pre e pós operatório, ou seja, quando o paciente necessita recorrer a uma operação de urgência — e, quanto mais agudamente é indicado a cirurgia e menos tempo tem-se para preparar o doente à situação de urgência, maior será a possibilidade de respostas negativas a nivel psicossomáticos.

Vamos também encontrar aquele paciente que demonstra uma tranqüilidade atribuída, aparentemente ao simples fato de ser informado sobre a cirurgia, mas que na realidade esta pode estar justificada a partir do papel do médico, a pessoa que detém o sa

ber máximo e do trabalho psicoprofilático realizado a partir desse contato médico — paciente. "Contudo, acima dos doutores existe um poder maior, mágico, aquele que guia as mãos dos médicos, Deus". Percebe-se nos pacientes, através da angústia de morte vivenciada antes do ato cirúrgico, a Religião constituindo um instrumento de salvação mágica para o indivíduo, mesmo para aqueles que "não têm fé". É,como se já estivessem liquidadas todas as suas possibilidades objetivas de luta. O doente vê-se totalmente impossibilitado, sem condições de autonomia e confrontado com a realidade do risco cirúrgico. A partir da busca religiosa, reencontra-se com seu pensamento primitivo atingindo um máximo de conformismo,ou aparente tranqüilidade frente ao que possa vir-lhe acontecer.

A busca de soluções reaparece quando se coloca para o paciente a questão sobre as fontes de informações externas (T.V., jornais, leituras), a respeito da doença e da cirurgia. Então os os pacientes respondem que fazem uso dos meios de comunicação para "se atualizarem" ou, pelo contrário, rejeitam estes meios, alegando que "doença demais acaba contagiando". Neste caso, estão recorrendo também a mecanismos de defesa , já comentados anteriormente;contra sua angústia,controlando-a através de conhecimentos científicos, ou negando-a. O recurso à uma atualização encobre, de certa forma, alternativas de soluções por que os enfermos ficam com esperança de encontrar possibilidades curativas que o afastem do tratamento cirúrgico embora, certamente, a própria enfermidade não comporte medicamento qualquer outra possibilidade a não ser esta ("...vejo todos os programas que falam de coisas médicas, porque a gente sempre tem uma informação nova. Mesmo nessas revistas da banca de jornal, a gente

querendo ou não acaba sabendo de medicina. No meu caso eu leio tudo, minha mulher diz que estou ficando psiquiátrico de tanta mania de ver essas bobagens..."). Alguns alimentam este tipo de expectativas levantando a questão da cirurgia ser realizada em outros centros médicos de maior prestígio, com relação às estatísticas de êxito na cirurgia de revascularização do miocárdio por ponte de safena.

3.3.2 - O Paciente, a equipe e a instituição

Apesar da aspiração manifestada por um centro médico de renome, a imagem da equipe médica-cirúrgica é positiva para os pacientes. Confiando nesta equipe "exigem" o melhor desempenho técnico durante o ato cirúrgico: "...eu espero que os cirurgiões daqui sejam competentes e não esqueçam nada dentro de mim... que costurem bem o coração para não dar defeito, e que as pontes não caiam como essas obras que a gente ver por aí".

Em oposição a esta exigência de competência, os doentes percebem, principalmente na figura do médico, uma expectativa de passividade por parte deles, como afirma um paciente: "...ele espera que eu seja um paciente paciente". Em outro sentido esta percepção implica um reconhecimento de sua passividade, enquanto subordinação de um organismo doente à disposição da atuação médica, da sua competência e da sua prática. Assim, revela-se de uma forma bastante nítida o poder médico, que implica o estabelecimento de um pacto entre médico e paciente, cujo o corpo desprovido de emoção, sentimento e "alma", é o principal objeto de trabalho da ciência médica.

> Além disto, as características propriamente técnicas da relação terapêutica, que a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto, favorece à manipulação moral do doente pelo médico. O doente nu, deitado, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico, que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que sente, que estenda as pernas, pare de respirar ou tussa(9).

A expectativa quanto ao desempenho médico competente,surge quando os pacientes analisam a "visita médica" que recebem dos elementos da equipe: "Os médicos que pouco falam ou não são competentes ou estão com problemas em casa". Através das falas dos doentes, pode-se perceber que o contato verbal médico - paciente implica, para este último, no reconhecimento afetivo, ser considerado como pessoa:"os médicos são pagos para serem simpáticos, por que nós já pagamos pela dor..." . O que assim constitui um aspecto importante dessa imagem do saber médico. Parece haver uma transição de retribuições: em troca de sua passividade e reconhecimento do poder-saber médico, o paciente cobra um mínimo de envolvimento emocional por parte deste profissional, como conteúdo da própria função da medicina. Esta cobrança afetiva aponta para uma relação de desejo.

> (...) o sujeito suposto saber' (saber ao menos que pode curar), o médico, é o objeto do desejo do doente numa relação de tipo transferencial como fala a psicanálise. O desejo dirigido à pessoa do médico se confunde com o desejo que ele tem de se apropriar de seu saber ou, antes, dos benefícios desse saber. Na falta de tomar o médico, toma-se o medicamento. O imperador Marco Aurélio não queria tomar a teriaga a não ser da mão de Galeno em pessoa (21).

Entretanto, frente ao médico, cada paciente pode apresen-

tar percepções e reações diferenciadas, seja em relação à fala, seja à atuação deste profissional. Esta diferenciação parece articular-se muito mais ao impacto emocional, particular a cada caso, provocado pela situação concreta em que se encontra (recursos intelectuais e culturais; vivências relativas à internação, à cirurgia, às suas circunstâncias de vida financeira,emocionais, familiares e outras)do que, propriamente, às características de personalidade do coronariopata. Assim, identificou-se, pelo menos quanto à forma de expressar seus questionamentos e dúvidas para o médico, e conseqüentemente para a equipe, quatro caterorias de pacientes: 1) aqueles que perguntam pouco, ou por discriminação da sua própria fala percebida como "inferior" a do médico:"...não gosto de incomodar o doutor com perguntas à toa, ele tem tantos afazeres mais importantes...além do mais, saúde é coisa de rico, pobre está sempre sofrendo com alguma doença;no mínimo ou está com lombriga ou está encatarrado"; seja por fatores internos, tais como defesas psicológicas, em termos de precisar negar a realidade ansiogênica que o médico poderia vir a mostrar; 2) aqueles que perguntam "tudo", o que em certa medida reflete o trabalho do psicólogo, que visa esclarecer e questionar os direitos do paciente às informações:"...pergunto tudo, o que posso e o que não posso. Falo sem parar, dou os meus palpites e falo dos meus conhecidos da política, sempre tenho assunto,...tem uns médicos que não respondem, ou falam daquilo que eles querem saber..."; 3) aqueles que não perguntam por que "já sabem tudo": "...já estou por dentro de todos os detalhes, não preciso saber de nada";o que parece indicar uma intensificação de suas defesas, em termos de negação da realidade; 4) aqueles que só conseguem perguntar aos médicos com que têm "maior intimidade",o que pare-

ce confirmar, mais uma vez a importância do lado "pessoa" nas expectativas do desempenho médico vividas pelo doente. Essas categorias, ao mesmo tempo que mostram modalidades diferenciadas de reação em termos de comunicação médico-paciente, refletem o aspecto da subordinação que vem implícito à prática médica (como quando o paciente coloca o seu discurso como desqualificado perante os afazeres médicos).

Pode-se perceber que, segundo os pacientes, a assistência dada pelos profissionais altera-se em função das diferenças sexuais, ou seja, os homens são mais "bem tratados" pelas mulheres e vice-versa; a partir da observação não sistemática, foi possível evidenciar que a identificação do médico homem com seu paciente do sexo masculino possibilita, a nível do tratamento assistencial, uma relação mais direta.

Embora os pacientes tenham centralizado suas colocações em torno da figura do médico, ocorrem reações semelhantes com os demais membros da equipe de saúde. No entanto, percebe-se certa variação devido à discriminação do médico como afigura que conota a autoridade máxima da ciência médica. Às vezes os elementos paramédicos, por serem vistos em posição hierárquica menos ameaçadora em relação a sua existência, proporcionam-lhe uma comunicação mais livre. Aliás, a equipe paramédica é de fato colocada pela organização hospitalar, em posições subalternas em relação às ocupadas pelos médicos. Ainda que a proposta da equipe estudada seja de um trabalho integrado, a organização hospitalar preserva um máximo de especialização e hierarquização entre os diversos profissionais e, os próprios elementos da equipe parecem interpretar diferentemente o que seja um trabalho integrado. Essas circunstâncias possibilitam canais de comunicação muito dife

rentes e peculiares entre os pacientes e cada elemento da equipe de saúde[2].

Dentro desta hierarquia de competência, destaca-se a figura do anestesista. Dele, os pacientes esperam qualificação, embora esta expectativa pareça ser superficial, pois não conseguem avaliar, principalmente os das classes populares, a importância desta categoria profissional junto ao ato cirúrgico, imaginando-o freqüentemente como um técnico especializado e não um médico: "...acredito ser este profissional um enfermeiro especialista do sono"; "o anestesista é aquele sujeito que sabe dar injeção bem .. pode ser até um dentista". Percebe-se contudo, com grande destaque, que a preocupação maior dos pacientes coronariopatas centraliza-se em torno da anestesia, há muito um mito cultural.

O fato de estar-se inconsciente, anestesiado durante o período da cirurgia produz em certos pacientes angústia maior do que pensar no próprio ato cirúrgico, para alguns seria como se estivessem completamente mortos, quando anestesiados. Deutsch(33), afirma que este medo provocado pela idéia da anestesia geral está ligado à uma "angústia infantil", praticamente universal, que não estabelece diferença entre o fato de ver-se separado das figuras parentais, ou mesmo ser abandonado por elas. Já para outros pacientes o significado da mesma está ligado a uma ameaça de perda de controle. Provavelmente, estes são aqueles sujeitos que durante o período de indução anestésica "lutam" e deixam os músculo

---

[2]As questões relativas à visão institucional, por parte de toda a equipe, serão discutidas com maior detalhe no ítem seguinte.

los tensos, dificultando a contração dos tecidos e atenuando o efeito anestésico. Parece que, por conseguirem manter parte do "controle operatório", sentem-se mais aliviados. Contudo, verificou-se que os outros gostariam de ser anestesiados "uma semana antes da operação, a fim de não tomarem contato com fatos desagradáveis", como por exemplo, relacionados à morte, à dor, ao sangue, etc. Para este tipo de pacientes indica-se a indução anestésica antes de levá-lo à sala de cirurgia, visto seu acentuado estado de ansiedade (140).

Seria ainda importante lembrar, que o indivíduo que está sendo anestesiado, no centro cirúrgico, fica atento a tudo que se passa a seu redor, sendo suas *sensações auditivas* as últimas a serem perdidas durante a indução (133). Encontramos situações, segundo relatos de pacientes, que o doente "atentamente acordado", antes da operação, sofre todo o tipo de "poluição sonora": conversa sobre sua própria doença e técnicas cirúrgicas a serem realizadas, assustadores para ele ("serrar o osso", circulação extracorpórea"). Bem como piadas e brincadeiras, entre o pessoal da equipe; a respeito comenta um paciente: "... nunca senti tanto medo e fracasso na minha vida, se é que não a perdi naquele dia! Toda aquela gente mascarada, conversando coisas horríveis, como se eu já estivesse morto! Falavam do 'fio da serra' amolado para cortar meus ossos, do sangue que não havia chegado. Imagine eu sem sangue, poderia até morrer! Tudo parecia muito esquisito, a maioria brincava um com o outro, e alguns até marcavam passeios para o final de semana,... e eu ali sem saber se iria viver até o final daquilo tudo... Iam cortar meu coração e ninguém tinha sentimentos nos seus para ficarem de boca cala

da"[3]

Este tipo de tensão emocional influencia o sistema nervoso autônomo, reações cardiovasculares adrenérgicas, podendo ocasionar o chamado "choque cirúrgico" ou complicações outras no pós-operatório imediato. Os estímulos psíquicos, segundo vêm confirmando as pesquisas, são importantes causadores de distúrbios anestésicos (134).

Questionou-se inclusive com os pacientes a percepção do desempenho dos profissionais de saúde durante o pós-operatório imediato, na unidade de tratamento intensiva - UTI, onde vivem uma situação especial, em que tal percepção parece ficar diluída, em função dos sentimentos que são mobilizados nos pacientes, segundo seus próprios relatos: "o medo, a angústia e a solidão", são as vivências dominantes em função das conotações comumente associadas a este lugar de tratamento intensivo, onde concretamente ocorrem as experiências mais críticas e as dúvidas, quanto ao estar vivo ou não e o que virá no futuro imediato[4].

---

[3] Este paciente veio a apresentar complicações pós-operatórias, permanecendo no CTI por 9 dias, quando a média de dias é bem menor. Seu estado clínico era delicado, permanecendo em tratamento intensivo portanto mais de uma semana. Sua recuperação na enfermaria foi lenta, apresentando um quadro de infecção urinária, precordialgia, tonteira, sensação de zumbido no ouvido e infecção no osso esterno - local da sutura. Relatava que, freqüentemente, tinha "pesadelos" e "sonhos terríveis": sonhava várias vezes que era uma árvore de "pau-brasil" e que uma grande nuvem azul vinha com um machado preto e tentava cortá-lo ao meio, longitudinalmente. Ele gritava muito e forte; até que a nuvem o sufocava por alguns minutos, depois sentia-se leve e envolvido...

[4] Alguns autores comentam a ocorrência de quadros psiquiátricos no pós-operatório de indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca, merecendo até uma denominação especial, por sua peculiaridade, de "delírio — cardiotomia" (5). Ao que se sabe, vários fatores estariam ligados à sua etiologia: a circulação extra-corpórea; a idade; a própria patologia e o perfil pré-mórbido do paciente e bem possivelmente a vivência no CTI ou seja, "o tempo de permanência no CTI durante o pós-operatório seria um fator de extrema importância no desencadeamento da síndrome, devido às pecu-

> Dois aspectos caracterizam esse setor: o isolamento total dos familiares e o tratamento intensivo. Esta unidade de terapia é tida como a de maior convivência em termos de proximidade com a morte, com necessidade do acompanhamento intensivo tanto em caso pós-cirúrgico quanto no do enfermo grave. Trata-se pois, de um local que afeta em grau elevado a todos: pacientes, familiares e profissionais. Incluímos os profissionais por que a sensibilidade destes será mais atingida do que em outros setores, pois a dinâmica de trabalho nesta unidade é máxima, exigindo a presença intensa nas tarefas, na atenção e em todos os aspectos emocionais (4).

De um modo geral, a assistência médica e paramédica recebida em outros serviços do hospital, por ocasião de internações em outras clínicas, mesmo no CTI, foi considerada de "bom padrão"[5]

Se a prestação de serviços assistenciais ao paciente é vista até como favorável, em contraste, a infra-estrutura hospitalar aparece claramente, para todos os pacientes, como uma organização falida, onde o Estado e sua "Estrutura Governamental", "deveriam assumir a total responsabilidade pelos prejuízos materiais que os indivíduos vêm sendo obrigados a enfrentar" no dia-a-dia hospitalar; "...já que tal governo prioriza a melhoria das condições de saúde da população". Não obstante, reconhecem a "crise financeira "que vem sofrendo o seu Estado (e mesmo o País, "prin

liaridades do ambiente e da situação; monotonia sensorial, privação do sono, manipulação exaustiva e total passividade do paciente" (12).

[5]Por configurar-se a relação médico-paciente em uma relação de classe (6), percebe-se que este tipo de avaliação feita pelo sujeito enfermo, em termos de qualidade assistencial, muitas vezes, pode vir a refletir uma submissão, sádica-ideológica, incondicional ao poder médico e mesmo ao Estado, valorizando acentuadamente cuidados médicos mínimos necessários.

cipalmente por ser um governo de oposição,"eleito democraticamente"; e apoiam as denúncias feitas pelos profissionais de saúde, quando afirmam, através de carta aberta a população e movimentos grevistas, que estão sendo mal remunerados,"precisando, para sobreviver, trabalhar em vários lugares ao mesmo tempo", assim como que a deteriorização das condições de trabalho vêm aumentando assustadoramente. Declara um paciente: "...falta tudo neste hospital, remédios, roupas de cama, esparadrapo, enfermeiros e até médicos. Sendo assim, muitos medicamentos a gente tem que comprar fora, do nosso bolso e, todo mês descontam em nosso salário uma contribuição para a saúde". "É o que sempre digo: ditadura e democracia parecem ter o mesmo significado neste país. Eu estou aqui nervoso com tudo isto e ELES vão para Cleveland fazer um simples cateterismo".

Finalmente solicitados a imaginarem-se na posição do diretor do hospital, os pacientes coronariopatas sugerem melhorias, desde mudança na política vigente, até um trabalho de higienização,"....acabar com as baratas circulantes nas enfermarias", passando por fantasias de terapêuticas cirúrgicas menos dolorosas como: "...operar o coração sem precisar serrar o tórax".

Vê-se assim, como a crise política-administrativa, que vem sofrendo o hospital onde se realizou o estudo, representa uma variável de grande importância no sentido ansiogênico com relação ao estado do paciente, e de conseqüências que chegam a ser agravantes do próprio status hemodinâmico do coração. Situação de fato, concreta, as repercussões desta crise sobre os recursos do hospital não podem ser apagados da vivência psicológica do paciente, e se acrescentam como mais um fator stressor, de caráter exógeno. Mais uma vez a situação concreta e peculiar, em que,

estão inseridos os pacientes estudados, confere significações específicas ao quadro das vivências do indivíduo a ser operado: além de operar o coração, "o centro da vida", ainda "corre o risco de não ter um medicamento indispensável no pós-operatório". Este fato não é destacado, aqui, como simples denúncia do ponto de vista político, e sim porque tem grande importância, por isso mesmo que levou a um consenso nos depoimentos dos pacientes coronariopatas em situação de cirurgia, para a compreensão da temática estudada, mostrando a necessidade da constextualização dos problemas. Em certo sentido, este fator institucional às vezes sobrepõe-se às expectativas de competência na relação doente-instituição médica, pois a competência fica relativizada pela disponibilidade ou não dos recursos necessários à assistência médica. Que vão desde aparelhos necessários constantemente quebrados, falta de medicações indispensáveis, até mesmo a escassez de esparadrapo para curativos e pessoal mais qualificado.

Procurou-se até aqui, delinear as experiências dos coronariopatas com relação a sua doença, cirurgia e instituição médica. Para não tornar parcial a análise dos resultados, buscou-se entender o *outro lado da moeda*, isto é, as vivências dos profissionais que atendem diretamente os indivíduos, em situação de cirurgia de revascularização do miocárdio por ponte de safena.

3.3.3 - A Equipe, o Doente e a Instituição

Parece-nos que a primeira reflexão importante a fazer no estudo deste item diz respeito a uma diferença, marcadamente observada, entre os depoimentos dos profissionais de saúde e o que

se pode constatar na prática, a partir do trabalho diário com os mesmos, através de observações não sistemáticas. Seus relatos apresentam uma visão idealizada, no sentido de compreenderem o paciente como um "todo integrado", ou seja, como uma pessoa cuja doença e o seu sofrimento vêem-se intimamente relacionados a sua história de vida e a sua constituição bio-psico-social, portanto, dialeticamente produto e criador da história. Enquanto isso, o que se observa na realidade, é que, geralmente, em suas intervenções técnicas, determinados profissionais demonstram justamente o contrário do que é idealizado, uma atitude de negação das vivências do adoecer sob o ponto de vista acima mencionado.

Questiona-se portanto que este fato (diferença entre os comportamentos observados e as respostas colhidas) esteja possivelmente associado à situação de entrevista a que estes indivíduos foram submetidos (estratégia metodológica empregada somente com a equipe de saúde em contraste com a medida adotada para com os pacientes), o que levaria a mostrarem-se sob um ângulo mais favorável a sua imagem profissional e menos vulnerável às possíveis críticas; tanto quanto associado ao valor mobilizador de uma entrevista planejada e realizada por um psicólogo. Este último argumento é de grande significação porque denuncia o fato de um profissional da área de saúde mental, numa instituição hospitalar, ser um acontecimento que esbarra não só com o problema dos papéis das pessoas já estarem mais ou menos definidos (médico, enfermeiro, assistente social, paciente), mas também com a visão de que este sujeito significa um saber de outra ordem. Seu discurso comumente apresenta-se como regulador, atenuador de conflitos e principalmente legitimador da ordem médica. A partir desse subsídio, tentamos compreender por que alguns sujeitos (médicos e pa

ra-médicos)recusaram-se a participar do estudo, ou mesmo de outros que mostraram-se resistentes quanto à realização da entrevista.

Quando elaborou-se tal instrumento técnico, já esperava-se que algum tipo de resistência viesse a surgir. Deste modo,procurou-se elaborar alguns itens de controle que dessem margem a uma avaliação mais consistente do ponto de vista da relação doente – doença/profissional – instituição (destacando-se entre eles os itens, 3, 8, 15, 10). Da mesma forma, muitas questões levantadas na entrevista com os profissionais podem ser correlacionadas com os temas desenvolvidos para colher os depoimentos dos pacientes, tendo-se a intenção de combinar duas perspectivas sobre o estar doente do coração, necessitando de uma intervenção cirúrgica de risco, que são: a de quem está doente e a de quem assiste o doente.

No caso dos profissionais deu-se relevância maior a questão de sua relação com o coronariopata e com a instituição de trabalho, articulada em três blocos, da seguinte maneira:

1) Saúde-Doença(mente-corpo) → Negação da Saúde Mental

2) Assistência Oferecida → Auto-percepção do profissional

3) Instituição de Trabalho → Percepção da Instituição.

Embora abordado em tópicos separados dentro das entrevistas, este esquema teve como objetivo apontar a questão, já discutida em outra seção, sobre a inexistência de uma relação médico-

-paciente ou médico-doença[6] , pois o que prevalece é uma relação de reprodução do poder, a partir da relação instituição médica — doente, ou seja:

> Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalecem à instituição médica-lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante —, e a doença — objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo terreno no qual a doença se instala (18).

Portanto, na tentativa de refletir-se sobre esta tematização, o eixo fundamental das questões levantadas organiza-se para a apreensão semântica da relação: Saúde — Doença Coronariana — Paciente Coronariopata / Profissional de Saúde — Discurso Instituído — Instituição Hospitalar.

Explorando o significado que os profissionais atribuem à saúde prevalece a noção do *bem-estar*, abrangendo os aspectos físico, psíquico e social. Nota-se que os profissionais com escolaridade baixa definem esse bem-estar pela ausência da doença. Do mesmo modo ocorre uma diferença na percepção de um dos médicos, em relação ao restante da equipe, quando identifica saúde como "indispensável ao existir individual", exigindo por isso uma "revisão da política atual de saúde". Também um dos profissionais de enfermagem, supostamente com maior sensibilidade para a vivência dos pacientes, identifica-se com a visão dos mesmos, dando ênfase à noção de "capacidade", no sentido de "estar sem problemas,... poder fazer tudo". Em síntese, apesar das diferenças apontadas, domina no grupo de profissionais o sentido de saúde como

---

[6] Médico significa também os demais profissionais, dispostamente acomodados numa hierarquia de poder.

bem estar e integridade plena do indivíduo, com exclusão de limitações a este estado. A partir das próprias falas, constata-se certa esteriotipia na formulação das definições de saúde, indicando mais a enunciação de uma tese instituída de um discurso representativo da instituição médica, do que a expressão de reflexões pessoais sobre o tema.

Ao perguntar-se "o que representa a doença coronariana na vida do paciente", este referencial sobre o que é saúde delimita-se em termos mais concretos, precisando ainda ser dirigido para a idéia oposta: o estar doente do coração em particular. Por isso mesmo, os depoimentos dos profissionais voltam-se para um sentido mais próximo à realidade do próprio doente, centram-se na representação de:"...estar incapacitado", "...sofrer restrições em sua vida produtiva...", ou seja, dão ênfase, do mesmo modo que os pacientes, ao sentimento de estar incapacitado, impotente para executar funções produtivas e vitais. Além disso, uma pequena minoria parece conseguir perceber o sentido mais vasto das conseqüências da doença coronariana como:"nervosismo, ansiedade, insegurança, dependência, desestruturação familiar e social".

Esta significação de saúde-doença, apresentada pelos profissionais, aparece reforçada quando se questiona a vivência produzida no indivíduo doente, a partir de uma hospitalização para a relização de uma cirurgia de revascularização do miocárdio por ponte de safena.

As respostas foram bastante variadas, aparecendo sobretudo uma eqüivalência com as falas dos pacientes — sentimento de incapacidade imposto pela situação cirúrgica e a vivência de restrição à autonomia e a potência, inclusive sexual. Assim como expressões de angústia, insegurança e "infelicidade", denunciadas

através das *reclamações*, como se fossem *vivências exageradas* por certos doentes: "...os coronarianos sentem-se como se fossem as mais infelizes das criaturas... contudo, há alguns que encaram com mais realidade..." . Três respostas em especial, parecem relativizar as percepções das experiências diárias de cada profissional com o doente coronariano em situação cirúrgica: o sentimento de incapacidade parece depender da história de cada paciente; a vivência principal, frente à cirurgia, é a expectativa de "sair vivo" e de ter uma "melhora efetiva", e "não incapacidade"; há necessidade de amenizar esta vivência de impotencialidade "... com atenção e carinho...", mas "...não é possível anulá-la..."

Especificamente, a forma do profissional entender a questão da sexualidade do doente coronariano durante a internação cirúrgica, parece depender da posição que o primeiro ocupa em relação ao paciente ou seja, de maior ou de menor proximidade no contato real com a doença, com a internação do paciente, assim como com seus familiares. Aqueles profissionais paramédicos que assistem o doente coronariano diariamente, percebem reações de "...falta.... necessidade de relações sexuais...", ou reações que expressam desejo sexual. Os profissionais médicos propriamente ditos, colocam a problemática da ausência de relações em *segundo plano*, em comparação com o estado patológico ou a questão da sobrevivência: "...este assunto passa desapercebido pelo doente, é um problema secundário...", "...o instinto de sobrevivência é maior que o instinto sexual...".

Contudo, faz-se necessário considerar que em ambos os casos, médicos e para-médicos, o termo *sexualidade* pode ter suscitado um determinado tipo de *tensão* ("aflição"), arraigado por um medo social de pensar-se ou falar-se de assuntos sexuais, na es-

sência dos desejos e na sua prática. Nega-se portanto, que a energia sexual opera em todo o corpo, não desaparecendo com a doença. E isto propicia, tanto para o paciente quanto para o profissional, a possibilidade de produzirem associações racionalizadas de desejo, de medo e de punição, a partir de uma relação moralista e falaciosa, favorecendo posições defensivas. Por vezes, expressam-se sob o disfarce de um ataque malicioso às observações de expressões do desejo sexual dos pacientes: "...os homens, principalmente os policiais, estão querendo sempre *abusar* das enfermeiras...", enquanto que, "...as pacientes só sabem ficar nas janelas, que dão para o pátio interno do hospital, paquerando os médicos...". Vale ressaltar as palavras de Reich:

> Supressão sexual, rigidez biologia, moralismo e ascetismo não estão confinados a certas classes sociais ou camadas da população... Na realidade, só uma atitude e só uma classe de ordem social e moral é ameaçada pela elucidação do funcionamento da vida, e é o regime autoritário ditatorial de qualquer espécie que procure, através de uma moralidade compulsiva e de um trabalho compulsivo, destruir a decência espontânea e a auto-regulagem das energias vitais (135).

Em relação ao que propõe Reich, é possível fazer uma analogia levantando a questão do poder-saber. *O poder do conhecimento* aparece defendendo que "...o paciente não tem sexo...","...não pode pensar nisso por causa da dor (doença)...", como se dor e desejo não constituissem um fenômeno psíquico de tensão, que atua no indivíduo confundindo-se em sensações indefiníveis; enquanto o *poder da ignorância* deve submeter-se ao silêncio de seus desejos vitais e de suas dúvidas, abandonado às manipulações dos especialistas em nome de um corpo civilizado e domesticado.

> Ora, não é de modo algum evidente que este estado de tensão do organismo deva ser considerado apenas sob o ângulo da dor: Quando Leriche diz que a saúde 'é o silêncio dos órgãos', esquece que a tensão do desejo sexual (e também o da fome, etc.) não é seguramente o silêncio dos órgãos. Uma boa saúde, sem desejo sexual, sem fome, sem sede, sem cansaço, sem vontade de dormir, etc. isto é, sem estados de tensão, não seria saúde. E estes estados de tensão não são em si menos desagradáveis, não apenas em função de promessa de uma saciedade, de uma distensão, de uma descarga por vir, mas porque são os testemunhos de uma exigência da vida. Não é, pois, de modo algum ilegítimo falar de uma erotização das sensações cinestésicas, mesmo se nos recusamos a incluir sob este termo fatos dos quais o masoquismo tira vantagem (22).

A dificuldade do discurso competente incluir, na sua concepção da doença, o estar doente vivenciado pelo paciente coronariopata mostra-se na própria avaliação dos profissionais a respeito da visão que *o médico* tem sobre a doença. Deve-se destacar que isto acontece mesmo quando a avaliação é feita pelos para-médicos, o que indica terem realizado, na verdade, uma auto-avaliação, por identificação de sua prática com a prática médica. De fato, com exceção de dois profissionais, que mantinham relações afetivas com os médicos, todos os outros afirmaram que o médico vê apenas o órgão doente, e não a pessoa no seu contexto social, econômico, afetivo, contradizendo a sua visão idealizada a respeito de saúde. Não seria necessário cuidar ou fazer reformar a saúde senão o "órgão": "...mas o médico não tem tempo...". Os próprios médicos aceitam este fato: "...Isto acontece normalmente... sei que está errado, mas não tem jeito". Um deles reflete sobre a importância de uma outra visão, uma visão integrada, embora reconheça que "se percebe vendo só o órgão".

Todos os entrevistados concordam com a possibilidade de um tempo prolongado de permanência na enfermaria possibilitar pro-

blemas de ordem emocional ao paciente. Apontam, como decorrência, a *acentuação* de vivências emocionais, já referidas, como características do coronariopata: a insegurança, a angústia, o sentimento de incapacidade. Por outro lado, o *tempo prolongado* parece acarretar problema a interação equipe médica-assistencial / paciente. Seja por se tornarem "difíceis de se tratar": "... ficam chatos, impacientes e exigentes, sentindo-se donos do hospital..."; seja por carecerem "de maior assistência, ou maior contato com a equipe". Sentimentos estes, que supostamente emergem a fim de denunciarem a identificação do profissional com os objetos internos ou externos do sujeito enfermo Tornando-se possível refletir sobre a predominância das respostas dos profissionais revelando suas vivências emocionais a respeito do doente, o incômodo que lhes causa a reação emocional do indivíduo que permanece hospitalizado "mais que" o tempo necessário".

Enquanto isso, o primeiro contato dos profissionais com os pacientes, segundo os depoimentos obtidos, caracteriza-se por uma ênfase em estilos de relacionamento determinado: intenção de colocar o paciente "a vontade" fazendo uso da cordialidade, da descontração, do estímulo à comunicação, ou intenção de definir os papéis e as pessoas, tornando "objetiva" a situação de relacionamento, ou simplesmente cumprir obrigações de modo rotineiro, inclusive obrigações sociais simples.

A visão do primeiro relacionamento com o paciente domina sobre o nível interpessoal mais íntimo. Entretanto, fazendo-se um paralelo às observações realizadas durante o estudo, pode-se dizer que esta percepção é distorcida se comparada à idéia que cada profissinal (variando com a classe social) faz de sua praxis. O que é interpessoal para um pode vir a ser um relacionamento téc-

nico-objetivo para outro (ou qualquer relacionamento iatrogênico), variando sobretudo, a partir do tom de voz da pessoa e da qualidade intelectual de seu discurso. Por exemplo: o médico, geralmente, apresenta-se e esclarece o que vai fazer no seu primeiro contato; pode-se dizer, de forma cordial-científica: "...bom dia Sr. João, eu sou o Dr..., está se sentindo bem? Já vi seu cateterismo e na sexta-feira vamos operá-lo. Amanhã o Sr. fará exame de sangue e RX, tudo bem? Então até logo"! Alguns outros profissionais tentam distrair ou descontrair o paciente com "brincadeiras": "... bom dia Sr. João, eu sou... ; já sei que vai entrar na faca sexta-feira, mas vai dar tudo certo! E, um homem desse tamanho não pode ter medo, logo, logo estará na farra de novo"! Enquanto isso os profissionais de classe mais baixa, sentem-se constrangidos no relacionamento com pacientes, principalmente os de nível escolar bem superior ao seu, e por isso falam pouco, apenas o "bom dia - boa tarde" que compete a sua tarefa.

As categorias de percepção sobre o primeiro contato do profissional com o paciente parecem variar conforme a interpretação que faz de seu papel. A partir daí, tenta-se comparar tal comportamento com as respostas referentes ao relacionamento: profissional — nível de escolaridade; com pessoas de sexo masculino ou feminino; com o familiar do paciente. Em último recurso sugerem que qualquer tipo de interação profissional-paciente, supõe uma relação de classe (de poder). Dessa maneira, os pacientes têm muitas vezes, o sentimento que o relacionamento com o profissional de saúde é estabelecido de modo totalmente arbitrário, segundo sua vontade ou humor do momento.

Em relação à pergunta sobre o nível de escolaridade[7] influenciar no relacionamento com o paciente, os profissionais se dividem: alguns acham que "sim", outros que "não", e um deles afirmou que "depende da pessoa". Note-se que, tendo nível de escolaridade mais baixo, certos elementos da equipe responderam a pergunta como se ela se referisse ao seu nível e *não* ao do paciente, e que algumas pessoas neste caso, colocam como sentindo-se, em certas ocasiões, inferiores aos pacientes e as outras pessoas, ou tratados como se fossem inferiores. Os outros profissionais reconhecem diferenças nos pacientes relativas ao nível de escolaridade: "... as de nível mais baixo precisam maior esclarecimento...", a diferença de nível exige alguma forma de adequação do discurso do profissional ao discurso do paciente: "...os pacientes de classe mais baixa expõem melhor seus problemas, enquanto os de classe mais alta reagem mais às interpretações". Embora todos reconheçam essas diferenças, alguns declaram que *não* têm influência no seu relacionamento com o doente, porque eles, profissionais, atuam de forma a adequar-se, sobretudo no referente a linguagem, ao nível apresentado pelo paciente. Uma visão um tanto quanto paternalista do discurso competente, onde a verdade sobre a doença do paciente deve ser traduzida pelo "mestre", médico ou para-médico em "linguagem popular", visto que, o sofrimento e a angústia causado pela doença e situação cirúrgica impede ao doente de racionar corretamente. Sendo este apenas portador da categoria ideológica de uma falsa liberdade do indivíduo "normal", "capaz de julgar, mas incompetente". Inversamente, os profis-

[7] O sentido de "nível de escolaridade" reflete não só a categoria propriamente dita de "grande instrução" como também às vezes até de forma mais evidente a classe que pertence.

sionais de classe baixa precisam adequar as suas falas a do paciente de classe superior à sua, ou evitar o contato verbal: "...não sei falar com gente importante...";"...essa gente importante que vem operar aqui, acha que somos empregadas domésticas, por isso não dou muito papo!...". Enquanto isso um número menor reconhece "haver influência" no seu relacionamento devido às diferenças de nível escolar, influência que é explicada apenas por um profissional ("... os valores frente à vida são diferentes...").

Já na questão da influência das diferenças sexuais no relacionamento, os profissionais demonstram posicionamentos variados, sendo mais flagrante a tendência a afirmar que não fazem diferença no atendimento pessoal aos pacientes, conforme o sexo; alguns afirmam porém que se identificam melhor com os pacientes homens (duas profissionais mulheres), ou com pacientes mulheres(também duas profissionais mulheres). Neste segundo caso, a melhor identificação ou relacionamento com pacientes do sexo feminino, ou do sexo masculino, é por vezes justificada.

O relacionamento com a família do paciente vai variar de acordo com a necessidade do trabalho desempenhado pelo membro da equipe de saúde de relacionar-se com a mesma. Desde o assistente social, que procura integrar a família ao processo terapêutico do paciente; passando pelo servente que ajuda a comprar jornal para o doente quando a família pede; até o anestesista, que não mantém contato, pois trabalha diretamente no centro cirúrgico[8]. De certo modo, a relação com a família torna-se uma questão de delimitação de territórios onde cada profissional defende-se de

[8] Existe algumas equipes cirúrgicas que costumam manter contato com o paciente e seus familiares antes da cirurgia. Isto acontece, principalmente, em hospotais particulares.

um comprometimento, definindo esta relação segundo áreas de atuação técnica.

Do mesmo modo, *a execução* do trabalho condiciona a relação com o paciente. É o que se conclui, quando se pergunta ao profissional "se conversa com o paciente durante a execução de seu trabalho". Assim, através da análise do seu próprio trabalho, provocado pelas perguntas da entrevista, o profissional caminha para a avaliação do seu papel técnico sob vários aspectos. Quando se vê confrontado mais diretamente com a necessidade de auto avaliar-se, em relação a sua contribuição para o doente, parecem bastante mobilizados, e tentam manter coerência do seu discurso.

A maioria das vezes, o profissional percebe-se contribuindo para o tratamento do paciente, afirmando quase sempre e categoricamente a importância de sua contribuição, isto é, declarando o seu poder. Entre todos os membros da equipe, alguns dos médicos mostram menos segurança nesta afirmação: "...as vezes sim, as vezes não..";"...mínimo pois eu acho que o medo da cirurgia é maior...". Dão ênfase a relatividade de seu poder de ajuda frente à doença e, levam em conta, além de tudo, as dificuldades da infra estrutura que limitam muito a sua ação.

Analisando sua contribuição à luz do que o paciente espera dele, os profissionais afirmam que este "espera uma assistência adequada por parte deles,"espera que sejam competentes e experientes", que lhe dêem o "melhor", ajudando-o "em todos os sentidos" e, até, que "resolva o seu problema da doença". Esta percepção das expectativas de competência do paciente, por parte dos profissionais, corresponde as expectativas de competência analisada junto aos doentes.Todavia, apenas um profissional percebe um ângulo mais pessoal na relação que o paciente deseja estabele

cer: "...ele espera que tudo que se falou, inclusive os riscos, seja sincero...". Ainda um deles coloca em primeiro plano, na visão do paciente, o valor que o trabalho do profissional tem, apesar deste poder chegar mesmo a se negar a um relacionamento mais afetivo: "...o paciente sabe que o meu trabalho é importante para ele... mas não sou boazinha, não vá ele esperando isso de mim, não sou de dar muita conversa...". Assim, o profissional vê no doente, uma expectativa que confirma o poder do primeiro sobre o segundo, e quase sempre o anula, seja por não falar no assunto, seja por negar claramente o lado mais pessoal e afetivo de uma relação. No entanto, como viu-se na análise dos depoimentos dos pacientes, este lado da sensibilidade ao emocional faz parte da competência profissional esperada pelo doente.

Em um outro momento, a análise da competência do profissional desce ao detalhamento da significação atribuída as expectativas do paciente: esclarecimento sobre a cirurgia, conversar durante a execução do trabalho e atender aos pedidos feitos por este. Parece haver um certo consenso da equipe médica quanto à necessidade de dar informações sobre a cirurgia ao paciente, quase todos declaram que este deve ser informado a respeito do que vai acontecer, embora tendam a restringir a informação a ser dada sob certos aspectos: "...mas não sobre os riscos que corre..."; ...somente à alguns pacientes, ...tem paciente que fica nervoso e isso só tende a piorar as coisas..."; "...sem exageros...detalhes só quando perguntar...". Vendo-se claramente que as restrições são tantas que no fundo, parecem não perceber o valor psicoprofilático da informação levando em conta as diferenças pessoais. Para um dos profissionais essas restrições são levadas ao extremo, culminando numa atitude categòricamente contrária ao valor da infor

mação:"... não só confunde e deixa-o nervoso. Saber para quê? tem que fazer, faz e pronto! Se eu fosse operar o coração, primeiro que não seria aqui, não queria saber de nada...". Por outro lado, um dos médicos mostrou-se francamente favorável à informação: "...lógico que deve. É o que sempre faço atualmente..."; deixando claro que esta sua posição cresce com a visão que tem sobre a importância da psicologia junto à cirurgia cardíaca. Como já falamos anteriormente, a questão da informação precisa ser melhor pensada, no entanto, como podemos perceber pelos depoimentos, alguns profissionais sequer oferecem ao paciente, informações mínimas.

Nota-se, enfim, uma certa resistência quanto a esclarecer ao paciente sobre a cirurgia, justificada racionalmente pela preocupação com o seu "bem" o que, por outro lado, esconde talvez o medo em relação a expor às limitações que cercam o exercício do seu poder. A racionalidade científica, o discurso competente objetividade e a neutralidade, autoriza-lhe a criar critérios e categorias para definir o normal e o patológico, o bem e o mal... garantindo, de certo modo, a legitimidade da dominação, indicando o que é melhor para o paciente e garantindo o que é melhor não ouvir do mesmo.

Esta situação se repete quanto ao posicionamento da equipe de saúde em conversar ou não durante a execução da tarefa assistencial. Os profissionais, em geral, "conversam, brincam, sempre que possível" com os pacientes. Mas, há algumas *situações especiais* onde esta forma de relacionamento não é possível, ficando disciplinadas a diversas formas as possibilidades de relacionamento e chegando quase a entrar em contradição com a posição geral do grupo: "...durante à cirurgia quando o paciente está anes

tesiado não dá para conversar"; "...depende do nível do paciente" — nível "superior" ao do elemento da equipe —; "...durante o exame físico, não" (neste caso quem não pode falar é o doente). A reação negativa de um dos profissionais, que se opõe a tendência geral da equipe, revela um teor evidente de discriminação social: "não costumo conversar, dar muito papo para doente, como já comentei... a não ser da direção... preciso garantir o que é meu".

Como se vê, a relação profissional-doente aparece mais uma vez condiciona a aspectos da posição do primeiro no trabalho, seja em termos de limitações impostas ao paciente, objetiva ou subjetivamente, anestesia, exame físico, seja em termos de discriminações sociais feita pelo próprio profissional (discriminação do seu próprio discurso, no caso do profissional com nível de escolaridade baixo; discriminação por interesses pessoais). Assim, a identidade de cada um, a sua parcela de poder na instituição, surge em função do degrau que ocupa na hierarquia da prática médica.

Por outro lado, a percepção do profissional sobre os "pedidos" (desejos) do paciente implica, de modo geral, a colocação de *ordens*, de *normas* as suas demandas. Fica claro que, considerando possíveis "abusos" por parte dos pacientes, suas "seduções", ou limitações objetivas, no atendimento aos pedidos do doente, colocam-se dentro de normas em seu relacionamento pessoal, ou seja, têm como referência as normas da prática médica. Este fator é indicado explicitamente por um dos profissionais: "...procuro colocar o doente dentro das normas do hospital...". Outro elemento da equipe aborda prescrições técnicas, definidas em termos profissionais, como limites para uma "situação real de ajuda". Apenas um deles, um médico, demonstra encarar as demandas dos doentes como expressões emocionais, não apontando a necessidade de

"limites", e sim a possibilidade, olhando assim o paciente, ser capaz de "...ver o que realmente devo fazer por ele". Este conjunto de respostas levanta a questão do controle institucional não só sobre *a vida e a morte*, como também sobre o desejo e a demanda do indivíduo. Controle de vigilância que não é definido de modo produtivo para o paciente, apenas pelo imperativo racional do saber médico e suas ordens.[9]

Tentando aprofundar um pouco mais a questão da "pessoa-paciente" geralmente incomodar as normas e a disciplina da instituição médica (o que não acontece se tentarmos olhar apenas o órgão doente), questionou-se a respeito dos sentimentos pessoais dos profissionais quando se vêem diante de um paciente rebelde, assim como de um paciente "pegajoso".

Os profissionais concebem o paciente "rebelde" em função de duas dimensões: vendo a rebeldia como *consequência* da doença e de outros fatores da vida; e como *reação* ao atendimento institucional. Alguns chegam, nesta segunda dimensão, a caracterizá-lo como "insubordinado" alegando: "...mobiliza os outros pacientes que acabam por se voltarem contra o hospital", uma espécie de "motim" pode surgir; "...querem modificar as condutas médicas aceitando com dificuldade as determinações...". A rebeldia fica referida assim, seja ao estar doente, enquanto reação à situação de impotência: "...abusó porque está doente do coração...", "... rea-

---

[9] Art. 68 - À Coordenação de Assistência, compete: ...V - fixar e fazer cumprir normas e rotinas de serviços, a fim de obter uniformidade na prestação dos mesmos, em todos os órgãos de sua estrutura operacional; VI - solicitar, distribuir e remanejar o pessoal necessário ao bom funcionamento de todos os órgãos de sua estrutura operacional, obedecidas as normas vigentes; VII - solicitar, distribuir todo o material necessário ao bom funcionamento de todos os órgãos de sua estrutura operacional obedecidas as normas vigentes;..." (98).

ção neurótica por adaptação à doença... problemas familiares"; seja a relação com o profissional, nesta condição de impotência: "... só é rebelde quando não é bem atendido", "...não está satisfeito com nada, reclamada de tudo...", "...culpa do médico por falta de sensibilidade para tomar alguma providência".

Aparecem também duas posições opostas, na relação profissional — doente, quando o primeiro reflete sobre sua maneira de lidar com o paciente "rebelde". Ou o profissional *rejeita* o rebelde, e até o anula de sua presença, ou *procura compreendê-lo*: "...quando posso troco com o colega...", "...chamo a psicóloga e pronto...", "...saio fora assim que posso...", "...em último caso encaminho para outro médico...", "...para não agitar muito, dopo logo". Estas são expressões que indicam formas de excluir o "fora da norma", passando-o para a responsabilidade de outra pessoa, deixando-o sozinho, ou tornando-o inconsciente. Em outro extremo, ocorrem as tentativas de compreensão: "...tentar obter a confiança...", "...conversar para saber o que se passa...","...ouvir e interpretar com ele o problema...", "...analisar e ver o motivo ...". O que implica manter a relação direta com o paciente e atuar no sentido de esclarecer as "verdades" do outro.

Quando analisam sua relação com o paciente "pegajoso", os profissionais definem este tipo de pessoa como sendo exigente de atenção e declaram que controlam tal exigência, colocando limites na relação:"...esclareço que também preciso dar atenção a outrem...", "...corto a dependência ...","...dou o fora nele...".Percebe-se que os limites são por vezes simplesmente impostos e, por vezes trabalhados em termos de clarificação da relação. Apenas um profissional reconhece que sempre corre o risco de"ser comprado" por esse paciente, isto é, não resistir ao jogo da sedução, pois os limi-

tes de um relacionamento não dizem respeito somente ao paciente, mas também ao profissional[10].

> ...o médico, por temor de ver a ordem do desejo opor-se à ordem médica, aconselha também uma vida exemplar. O doente e o futuro doente devem estar preparados para se curvar à ordem médica, isto é, para participar desta ordem. Se se deixa a brecha aberta ao desejo, não é o próprio julgamento que se encontrará alterado? Enquanto função do conhecimento, um julgamento deve sempre ser objetivo, isto é, deve ser colocado sem relação com o que pode desejar o sujeito que o coloca... (20).

Com o objetivo de se retomar a visão do profissional sobre a questão da"saúde mental" estar inserida dentro da questão saúde, e supostamente desta questão ser relevante para ambos, profissional e paciente, no relacionamento terapêutico, pergunta-se a equipe médico-assistencial se acha importante para o seu trabalho levar em consideração o lado emocional do paciente — lado estreitamente ligado ao desejo.

Quando atendem os pacientes, tanto os médicos, quanto os paramédicos percebem o lado emocional como importante(supostamente, pelo que já foi comentado antes, de forma idealizada), com exceção de um profissional, pessoa que é aliás, muito coerente em seu depoimento de exclusão da saúde mental e do desejo, radical em diversos dos seus depoimentos:"...lado emocional é papo para assistente social e psicólogo...paciente que fica chorando, triste, aí é que não tenho paciência mesmo...". Outro profissional também fez a ressalva sobre *quem* deve lidar com o lado emocional: "esse negócio de emocional é para psicólogo, e não para médico", contu

---

[10]Duas pessoas, em função de um contato profissional mais limitado com os doentes, declaram não ter este tipo de paciente.

do, acha importante esse "lado" do doente em termos dos seus efeitos sobre os resultados da cirurgia: "...quando o paciente não está psicologicamente bem, deve-se esperar para operá-lo...". A mesma observação sobre a competência de outros profissionais a respeito do emocional aparece de modo mais positivo, como favorável à integração da equipe, no depoimento de outro médico: "...procuro entender um pouco, inclusive com ajuda de outros serviços para-médicos". Percebe-se que à imagem do doente como pessoa, portadora de emoções, envolve a contrapartida da imagem do profissional e de sua competência para lidar com emoções. Os profissionais de certo modo, se assim podemos comparar, concluem de forma decisiva a divisão mente/corpo (doente/doença) ao se verificar que o cuidado emocional do indivíduo doente é delegado a outro especialista: "médico vê doença, emocional quem vê é assistente social e psicólogo".

A exclusão do desejo num relacionamento com a instituição hospitalar é posta em cheque quando o profissional é induzido a pensar sobre o que sente ao perder um paciente. A morte de um paciente internado para cirurgia, segundo as declarações da equipe médico-assistencial, é "sentida" a nível emocional por todos, exceto por um deles que parece negar sua mobilização: "...vejo a morte naturalmente... vejo isso a toda hora..."; em contraste com outro profissional, cuja a vivência emocional se acentua com o tempo: "com o passar do tempo a morte vem me abalando cada vez mais...".

Observou-se, em especial, que os médicos discriminam graus ou modalidades na sua experiência emocional sobre a morte do doente: "... sem conhecer a pessoa sinto frustração, incapacidade e, conhecendo sinto-me envolvido emocionalmente...a dor da perda hu

mana"; "geralmente me traumatiza...mas, *quando o caso é ruim* me traumatiza menos"; "quando a morte é no *pós-operatório* me dá sensação de impotência e, quando é *durante a cirurgia*, o que é raro, sinto-me deprimido". A morte do doente pode, portanto, ameaçar a concepção cientificamente fundada de vencer a doença — o poder sobre o doente — e, em geral é capaz de tornar manifesto o envolvimento pessoal do profissional com o doente, que de outro modo, procura negar ou controlar. A realidade da morte pode provocar alterações psicológicas, especialmente em nossa cultura, onde é temida e vista como um tabu, algo que não se deve comentar, mesmo quando se trabalha com ela diariamente, no caso das instituições médicas.

> Pois, é verdade que a medicina nunca fala da morte, a não ser para tentar adiar sua data de vencimento; ela não fala nunca da vida e do gozo, a não ser para regulamentá-los; ela nega qualquer outra razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente à força. Mas ela, pelo menos tem contas a prestar a seus administradores (19).

Quando se questiona a situação inversa à morte, ou seja, no nosso caso a alta hospitalar, praticamente, todos os profissionais sentem-se "felizes, realizados" e "gratificados" quando um paciente tem alta — a *ordem* foi cumprida, conseguiram livrar e libertar a doença ("sofrimento") do doente e, todos *viveram felizes para sempre*: *a* medicina e o futuro doente. Dois deles, que parecem viver a relação com o paciente como sendo uma "carga", da qual precisam "livrar-se", justificam assim seus sentimentos ao saber da alta de um paciente coronariopata: "...dou graças a Deus ...menos um,...mesmo sabendo que logo vem outro". Enquanto o outro se justifica, referindo seu sentimento quando o pacien

te é crônico:"...não fico satisfeito, às vezes quero me livrar dele logo... porém, quando obtém bons resultados, fico satisfeito". Em outras palavras, a alta do paciente crônico não é propriamente uma alta, e o profissional não pode ver-se livre dele logo, como pode, quando os resultados são bons. Cabe ressaltar que outros profissionais mostram diferenças em seus sentimentos com relação às condições do paciente no momento da alta. Mas, seus comentários indicam muito mais uma preocupação com o sucesso, ou o insucesso do trabalho, do que uma atitude de "livrar-se de um peso": "...fico contente, principalmente quando está bem, quer voltar ao trabalho, está com a cabeça boa", "...sinto-me gratificado, quando o resultado é satisfatório, sem seqüela...". Parece haver, de qualquer maneira, um fundo de confirmação do poder do profissional, nos sentimentos declarados frente à alta do paciente ("vitória!").

Numa segunda fase do estudo, pesquisa-se a visão que o profissional tem e faz da instituição de trabalho.

O trabalho realizado no hospital é valorizado por quase todos os profissionais, ou seja, o que mais gostam são suas atividades profissionais. Mas, alguns, precisamente três, preferem o relacionamento com os colegas: "...almoçar com os colegas...", "...bater papo depois do almoço", ou até mesmo" nada..." "...se ganhasse na Loteria iria viver de renda, viajar. Já outros dizem: à noite é melhor porque não tem chefe".

Contudo, a instituição é um lugar que todos, de modo geral, criticam: "crítico a política instalada aqui...", "não gosto da da nutrição como é feita aqui...", "...apesar dos pesares...", "apesar das limitações, principalmente de medicamentos...". Mas, é um lugar onde dizem "sentir-se bem", notando-se que, mesmo os

que expressam sentimento contrário, colocam seu desagrado de forma relativa, e não concluída: "...não muito...", "não gosto muito...". Os sentimentos para com a instituição ficam, portanto, bastante ambivalentes, em função da percepção de deficiências que condicionam a atuação do profissional, levando a colocações que variam desde um confronto com as instituições particulares: "...preferia o hospital particular"; até o questionamento da política vigente: "...este hospital vai de mal a pior, por causa da política"; passando por questões de salário e questões de qualidade do atendimento prestado, considerando do ponto de vista técnico(alimentação). Apenas dois profissionais não apontam os aspectos negativos da instituição. Um deles por não ter feito comentários, e o outro, por parecer ligado afetivamente à instituição, talvez, por "dever" sua experiência profissional ao hospital — uma espécie de relação simbiótica.

O relacionamento com os colegas da instituição é visto, pelos profissionais, de modo positivo, como algo agradável. É possível que as poucas exceções (três) se devam a problemas pessoais: "...medo da fofoca que vem da intimidade com os colegas", "com exceções...pessoas de mal caráter...", "com altos e baixos, como em toda relação...". A imagem favorável do clima de relacionamento, na instituição, é assim "contaminada" por alguns, que dão a entender ou fazem suspeitar a existência de "desafetos e rancores".

Colocado frente à possibilidade de posicionar-se em relação a um conflito paciente x instituição, o profissional revela não haver um consenso ou uma atitude mais definida. Embora, a opção pelo paciente e contra a instituição tenha predominado nos depoimentos. Alguns se definem claramente a favor da instituição (para "garantir" ou "não perder o emprego), e outros não tomam par-

tido, ou seja, preferem "ficar bem com os dois", ou "dar razão a quem tem". A preocupação com a manutenção do emprego foi declarada pelos profissionais "menos qualificados" (na hierarquia do poder-saber), aqueles que recebem os menores salários. A necessidade de não tomar partido talvez esteja relacionada com um tipo mais distante de relação profissional-paciente. De algum modo os interesses de sobrevivência sobrepõem-se à identificação com o paciente; ou, a não participação mais direta no "drama", de vida ou de morte, do paciente torna menos viva a identificação com ele. No entanto, estar do lado do paciente, contra a instituição, pode significar estar do lado do paciente por saber o que a instituição representa em termos de riscos para a vida do paciente e, portanto, para o sucesso da atuação do profissional. Parecendo assim, muito mais interessado em garantir o papel de "saber-poder" que ocupa na instituição, e de certa maneira manter a "disciplina", do que preocupado com os problemas "adquiridos" pelo paciente.

Ao avaliarem a instituição no plano mais concreto da *enfermaria*, a qual o trabalho do profissional está ligado diretamente, as críticas tornam-se mais radicais. Todos os profissionais consideram ruim a situação da enfermaria de cirurgia torácica, apontando "falta de material", "deficiências na qualidade ao atendimento e na qualidade do pessoal", "erros nas prescrições médicas", "necessidade de treinamento da equipe", "situação de crise nacional" e sobretudo, na "política organizacional total inviabilidade para realizar o trabalho adequadamente". O profissional distingue dois tipos de problemas que determinam tal situação: problemas políticos, que abrangem até a esfera governamental, estadual e federal e, problemas dos próprios técnicos, seja a nível de prepara-

ção para o problema, seja a nível motivacional. Em síntese, a instituição "passa por uma crise político-organizacional". Sente-se nesta afirmação, talvez, a razão do por quê o profissional está ambivalente em seus sentimentos relativos à instituição: "consciente" desta crise, vivendo-a no dia-a-dia de sua enfermaria, o que pode o profissional fazer, que atitude tomar?... como "compactuar" com a responsabilidade pelos riscos que corre o paciente e, mais diretamente, o seu saber?

Em última instância, esta situação conflituosa entre fazer uma identificação pobre e comprometedora com uma instituição de assistência médica, "praticamente falida", e correr o risco de perder o poder que a instituição médica oferece-lhe, pelo cabedal científico onipotente e onisciente do sonho terapêutico (profissional de "cura e salvação da humanidade") vai se refletir como *negação* do próprio papel que vem desempenhando. Quando o profissional é colocado na situação do próprio paciente que está sob seus cuidados afirma: "...não operaria nunca neste hospital, ...iria para Cleveland ser operado pelos médicos do Figueiredo", "se fosse aqui pediria aos amigos de fora e do próprio hospital para um S.O.S."; "...com muita atenção e competência... não seria operado neste hospital", "...gostaria de sair vivo e por isso pensaria se realmente vale o risco,...contudo não operaria aqui, não pelos médicos, somos amigos e confio neles, mas pela infra estrutura que está falida". Parece que ao profissional de saúde lhe é permitido o poder de escolher *livremente* o seu médico e hospital, a lucidez de decidir sobre o seu corpo (principalmente as "classes superiores") Enquanto o que resta ao sujeito-paciente, não profissional, é *aceitar*, disciplinadamente, o que os profissionais podem oferecer-lhe à nível assistencial, mesmo que a qualidade

técnica deixe a desejar: "...isto não é um problema da medicina e sim da política econômica do país". A carência institucional pode até ameaçar a *honra* do dever médico-assistencial, mas não consegue tirar-lhe o *poder* de estar sempre a disposição na luta pela ciência médica, mesmo que para isso os instrumentos técnicos já quase não existam.

4 - CONCLUSÃO

O "coração" foi visto, aqui, primeiramente como órgão no espaço corpóreo e a seguir um de seus estados patológicos, a doença coronariana. Foi analisado ainda nesta dimensão física-fisiológica, começando necessariamente a serem develadas as relações psico-fisiológicas que podem dar melhor esclarecimentos do quadro global desta forma específica do "estar doente" do coração. Este quadro abrange uma configuração ampla de fatores, onde se entrecruzam o social, o psicológico e o fisiológico. Através da doença coronariana, a nossa percepção civilizada percebe o "coronariopata" como objeto do discurso e da prática médica, aliados ou auxiliados ao saber psicológico e sociológico: este "doente" está no campo de constituição do controle competente sobre a vida e a morte que, em nossa sociedade, normatiza o existir individual, desde a existência do corpo, até a existência, produtiva no trabalho, passando pela existência psíquica, "interior", segundo o eixo saúde-doença. O comportamento da máquina "coração", o comportamento da personalidade tipo A, o comportamento característico no trabalho e na vida diária, produzem um

conjunto de sinais "objetivos" que nos permitem identificar os "candidatos" à coronariopatia, reconhecer os atuais coronariopatas e decidir sobre o seu destino, sobre as estratégias que os "salvarão" e sobre os riscos de morte que estão sujeitos.

Vimos que este estado de coisas instala-se em torno da instituição médica, lugar onde o discurso competente do controle social implanta com maior eficácia o estatuto do doente na sociedade e, correlatamente, instaura os mecanismos de medicalização de toda a sociedade. O "corpo individual" e o "corpo social" devem funcionar bem para que preserve a ordem e garanta a força de trabalho. A "política racional científica normatizadora" concretiza-se pela ação e consolidação da instituição médica e, o hospital é a agência mais representativa desta política. No entanto, a generalização da submissão do indivíduo ao poder médico, criando a emergência de uma verdadeira empresa médica, tem-se revelado iatrogênica. O controle necessário à sociedade adoece mais ainda o indivíduo, seja, de fato, pelos erros e abusos ao que está sujeito ao ser tratado, seja por que o homem torna-se um objeto frágil, constantemente consertado ou "em reparos", regulamentado em suas atividades mais rotineiras. A relação médico-paciente dá-se neste espaço institucional, na distância criada pelo discurso competente, cujo papel é "dissimular sob a capa da cientificidade a existência real da dominação." É uma relação entre aquele que domina o saber e representa a instituição, e o objeto desse saber, que só existe por ser portador da "doença" e para submeter-se à instituição. Multiplica-se este tipo de relação introduzindo-se a "equipe saúde", onde

cada auxiliar ou especialista reproduz a mesma dissimulção dos mecanismos de domínio.

A pergunta central desta dissertação é pelo significado que concretamente adquirem as falas do paciente coronariopata e da equipe de saúde, no processo vivo dessa relação que, em termos teóricos deve acontecer fatalmente pré-modelada por sua referência à instituição médica.

Verificamos que o sentido do "par" saúde-doença, produzido pelo discurso competente, é reproduzido no sentido atribuído pelo paciente: Estar capacitado/incapcitado para viver. O doente coronariopata vê-se "totalmente" incapacitado, sem condições de autonomia e confrontado com o risco cirúrgico. Vale ressaltar entretanto, que estas percepções do "estar doente" e necessitar de uma intervenção cirúrgica no coração, manifestou-se por modalidades individualizadas.

Na realidade, a questão "capacidade-poder" foi um dos temas predominantes, tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde. Por esse motivo, percebeu-se que quanto mais "incapacitante" é a vivência da doença pelo paciente, maior será a dependência deste ao poder médico, capacidade médica. Se a imagem que o paciente faz de si é a de um ser inválido, tendo medo de morrer de repente, de se ver impotente e aos cuidados dos outros, supõe-se que a "capacidade" da prática médica vai reforçá-la ainda mais.

A reprodução poder-saber médico faz-se pela relação Doente- Doença / Instituição Médica, onde se-vê doente e profissional de saúde destituídos de emoção e desejo, reproduzindo o

discurso da dominação pela disciplina do corpo. Em troca desta "passividade" e do reconhecimento do "poder de cura", embora definidos por uma situação concreta, o paciente cobra o mínimo de envolvimento emocional como conteúdo da própria função do profissional de saúde. Ao mesmo tempo, percebemos que avaliação feita pelo paciente, em termos de qualidade assistencial refletiu, em determinados momentos, uma submissão incondicional (sádica— ideológica) à prática médica, pois valorizam "acentuamente" cuidados mínimos necessários.

Vimos então, reafirmar a percepção diferenciada saúde/saúde mental, mente/corpo, questão esta que de muito já vem sendo discutida, O discurso médico afasta da concepção de doença, sofrimento e desejo —fenômeno psíquico de tensão refletidos sobre sensações "indefiníveis", mas que são testemunhos de uma exigência de vida. Quanto ao paciente, deve submeter-se ao silêncio de seus desejos vitais e de suas dúvidas, abandonando as manipulações da prática médica, em nome de um corpo civilizado e domesticado, supostamente "saudável".

Por outro lado, observou-se que perceber o doente coronariano cirúrgico como uma pessoa portadora de emoções, afeto e desejo, envolve a contrapartida da imagem profissional do saber científico e de sua competência para lidar com as emoções. Fazendo emergir portanto, uma diferença significativa entre os comportamentos observados e as respostas colhidas pelo estudo, relatos que apresentavam assim, uma visão idealizada da prática médica, possivelmente com a expectativa de mostrarem-se sob um ângulo mais favorável a sua imagem profissional e menos vul

nerável a possíveis críticas; associamos também este fato à situação de entrevista com um sujeito que pode significar um saber de outra ordem, a ordem do inconsciente.

Desta maneira, o IASERJ como instituição de saúde *cumpre* o seu papel de controle e normatização dos "seus" indivíduos , sobretudo refletindo prejuízos psicofisiológicos para o paciente coronariopata cirúrgico, através do seu discurso iatrogênico. Associado a este fator, vimos a crise política— administrativa que vem sofrendo o hospital, funcionar como mais uma variável ansiogênica para o paciente.Um agente stressor de caráter exógeno, que não pode ser apagado da vivência psicológica do doente coronariano. Sendo assim, necessário se faz, a contextualização dos problemas.

Finalmente, ao analisarmos o papel da prática médica sobre o coronariopata cirúrgico, nos apresenta duas questões relevantes:

1 - O paciente como uma verdade que não é falada nem pelo médico nem pelo pelo psicólogo. Que nova resistribuição poderá haver para que o discurso do paciente permaneça mascarado naquilo que de verdade ele possa fazer surgir? Só conheceremos esse movimento investigando o real, o local das práticas concretas;

2- Entretanto, a investigação psicológica consegue se fazer penetrar na instituição médica sem manter a reprodução burguesa de poder, o seu discurso é *subvertor* ou *reprodutor?* Por outro lado, quando o paciente consegue colocar o seu discurso, a respeito do "estar doente", isto impli

ca que de antemão o sentido do que ele diz é capturado numa leitura psicológica, ou seja, resta sempre a pergunta: Estamos falando por ELE ou ELE mesmo quem fala sobre a sua doença?

Deste modo, esta pesquisa fica em aberto a novas investigações, em função do risco de uma *psicologização da medicina*.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) ABREU, T.A. *A medicina contribui para o melhoramento da moral dos bons costumes.* Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839, p.6. In:--- (102). p.196.

2) ALVES, G.J. e VANESS, K. Abordagem psicológica do paciente cirúrgico. *ARS CURANDI.* out., 1983. p.79.

3) AMORIM, J.M.L. Psicologia Hospitalar: aspectos existenciais nas internações clínicas. *Cadernos de Psicologia.* Série clínica 1. São Paulo. Ed. Fonte e Julia, 1984. p.10.

4) Ibid, p.25.

5) BLACHY, P.H. e STARR, A. Post-cardiotomy delirium. *Am. J. Psychiat,* 121:371-75, 1974.

6) BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo.* Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

7) Ibid., p.39.

8) Ibid., p.55.

9) Ibid., p.56-57.

10) BRACELAND, F.J. In: Op. cit.(152).

11) BRUHN, J.G. et allii. Psychological prediction of sudden death in myocardial infarction, *J. Psychosom. Res.* 18:187-97.

12) CAMARGO Jr., K.R. O impacto psicológico da cirurgia cardíaca. *Informação Psiquiátrica*, 4(1):9-12, 1983.

13) CANNON, W.B. *Bolily changes in pain, hunger, ear and rage.* Boston, Charles T. Brandford Comp., 1953.

14) CASTRO,I. Avaliação do Paciente Anginoso. In:---. *Tratamento Cirúrgico das cardiopatias*. I. Nesralla. São Paulo, Fundo Editorial BYK - PROCIENX, 1982. p. 213-221.

15) CHAUÍ, M. Cultura e Democracia: *o Discurso Competente e outras falas*. São Paulo, Ed. Moderna, 1980. p.11 - 13.

16) CHUNG, E.K. *Doenças Cardiovasculares*. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1978. p.17.

17) CLAVREUL, J. *A ordem médica — poder e impotência do discurso médico*. São Paulo. Brasiliense, 1983.

18) Ibid., p.13.

19) Ibid., p.33 - 47.

20) Ibid, p.109.

21) Ibid., p.115.

22) Ibid., p.152.

23) Ibid., p.153.

24) Ibid., p.158.

25) Ibid., p.185.

26) Ibid., p.212.

27) COSTA, J.F. *Ordem Médica e Norma Familiar.* Rio de Janeiro, Ed. Graal, 2.ed., 1983.

28) Ibid., p.16.

29) Ibid., p.29.

30) Ibid., p.35.

31) DELIUS, L. *Las Neuroses Cardíacas.* Madrid, Ediciones Morata, 1942. p.9-14.

32) DEMANY, M.A. e ZIMMERMAN, H.A. *Cateterismo cardíaco e arteriografia coronariana.* In:---. Op. cit.(16)p. - 335-56.

33) DEUTSCH, H. Some Psychoanalytic observations on sugery. *Psychosom.* Med. 4: 105-115, 1942.

34) DUNBAR, F. *Psychosomatic Diagnosis.* New York, Hoeber, 1948.

35) FERENCZI, S. Disease or pathoneuroses. In: *Further contributions to the tehory and technique of psychoanalysis.* New York, Basic Books, 1952.

36) FRIEDMAN, M. *Pathogenesis of coronary artery disease.* In: - Op. cit.(64). p.6.

37) FRIEDMAN, M. et allii. *The relationship of behavior pattern A to the state of the coronary vasculature:* a study of fitty-one autopsy subjects. In:---.Op. cit.(64) p.8.

38) FRIEDMAN, M. e ROSEMAN, R.H. *O tipo A. Seu comportamento e seu coração.* Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1976.

39) Ibid., p.32.

40) Ibid., p.33-37

41) Ibid., p.34.

42) Ibid., p.100.

43) Ibid., p.100.

44) Ibid., p.120-124.

45) FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro, Forense-Universitário, 1977.

46) Ibid., p.227.

47) FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro,Ed. Graal, 3.ed. 1982.

48) Ibid., p.79-98.

49) Ibid., p.80.

50) Ibid., p.82.

51) Ibid., p.83.

52) Ibid., p.84.

53) Ibid., p.87.

54) Ibid., p.89.

55) Ibid., p.91.

56) Ibid., p.93.

57) Ibid., p.95.

58) Ibid., p.101.

59) Ibid., p.102.

60) Ibid., p.105.

61) Ibid., p.107.

62) Ibid., p.109-110.

63) GANELINA, I.E. e KRAEVSKIJ, J.M. *Premorbid personality traits in patients with cardiac eschaemia.* In: Op. cit., (64) p.12.

64) GENTRY, W.D. e WILLIAN JR., R.B. *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care.* St.Louis. The C.V.Moshy Company, 2.ed. 1979. p.9.

65) Ibid., p.11-12.

66) Ibid., p.13.

67) Ibid., p.14.

68) HAMMERCHLAG, E. Enfermidades Cardiovasculares. In: — *Psicología de las Enfermidades Organicas.* K.L. (Bellak), Buenos Aires, Paidōs, 1965. p.60-64.

69) Ibid., p.62.

70) Ibid., p.64.

71) Ibid., p.65.

72) HURST,J.W. *The heart, arteries and veins*. U.S.A., Mc Graw-Hill Book Company, 4.ed. 1978. p.1126-130.

73) Ibid., p.1420.

74) ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 4.ed., 1980.

75) Ibid., p.10.

76) Ibid., p.14.

77) Ibid., p.27.

78) Ibid., p.31.

79) Ibid., p.32.

80) Ibid., p.34-36.

81) Ibid., p.43.

82) Ibid., p.47.

83) Ibid., p.56.

84) Ibid., p.65.

85) Ibid., p.114.

86) Ibid., p.125.

87) JENKINS, C.D. *Psychologic and social precursors of coronary disease.* In:---. Op. cit.,(64) p.7.

88) ------. *Recent evidence supporting psychologic and social risk factors of coronary disease.*In:.... Op. cit.,(64) p.7).

89) ------. et alii. *Social insecuruty and coronary prone type A responses as identifiers of severe atherosclerosis.* In:--- Op. cit., (64) p.7.

90) ------. Prediction of clinical coronary heart disease by atest for the coronary prone behavior pattern, *N. Engl. J. Med.* 290:1271, 1974.

91) ------. *Manual for the Jenkins Activity Survey.* New York, Psychological Corporation.

92) JULIAN, D.G. *Cardiologia.* Rio de Janeiro, Ed.Interamericana, 1979. p.53-54.

93) Ibid., p.142-146,

94) KEMPLE, C. Rorschach method and psychosomatic diagnosis. Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular disease, coronary oclusion and fractures. *Psychosom Med.* 7:85, 1945.

95) KENNEDY, J.A. e BARKST. H. The Influence of emotions on the outcome of cardiac surgery: a predictive study Bull. *NY Acad. Med.* 42(10):811-45.1966.

96) LAMOSA, B.W.R. et allii. Atendimento Pré e Pós-cirúrgico a grupos de pacientes cardiopatas. *Rev. Bras. Med.* (Cardiologia) C.II(6):311-15, 1983.

97) Ibid., p.314.

98) LEGISLAÇÃO Básica e Complementar do IASERJ. Rio de Janeiro, Seção de Oficina Gráfica do IASERJ, 1979. p. 57.

99) LEVI, L. Factores de riesgo psicosomatico — el stress y la cardiopatia coronariana. Switzerland. *CIBA PAULISTA*, nº 3, 1982.

100) LILJEFORS, I. e RAHE, R.H. *Acta Me. Scand. Suppl.*, 511, 1970.

101) LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil.* Rio de Janeiro, Ed. Graal, 2.ed. 1981. p.54.

102) MACHADO, R. et allii. *Danação da Norma.* Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

103) Ibid, p.25.

104) Ibid., p.197-198.

105) MAC KINNON, A.B. *The psychopatology of ischaenic heart disease.* In:---. Op. cit., (64) p.12.

106) MACRUZ, R. e VASCONCELLOS, E.G. "Stress" e Cardiopapatias. *Rev. Bras. Med.* (Cardiologia), v.I - 3:156-160, out. 1982.

107) MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual.* Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1983, 3.ed. p.51.

108) Ibid., p.57.

109) MENNINGER, K.A. e MINNINGER, W.C. *Psychoanalytic obsertions in cardiac disordens.* In: ---(64), p.5.

110) MUNIZ, M. *Você é o seu Coração.* Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos. Ed. 1981, p.13.

111) Ibid., p.14.

112) Ibid., p.24.

113) Ibid., p.25.

114) Ibid., p.40.

115) Ibid., p.83.

116) Ibid., p.89.

117) Ibid., p.91.

118) Ibid., p.171-177.

119) NESRALLA, I. *Tratamento cirúrgico das cardiopatias.* São Paulo, Fundo Editorial. Byk - Procienx, 1982. p.233-36.

120) NOVAES, M.H. *Psicologia Aplicada à Reabilitação.* Rio de Janeiro, Imago, 1975. p.109.

121) OLIVEIRA, J.M. *Fatores de risco coronariano.* Rio de Janeiro, Guanabara Koosan, 1978. p.

122) Ibid., p.5.

123) Ibid., p.14.

124) Ibid., p.22-32.

125) Ibid., p.87-88.

126) Ibid., p.108.

127) Ibid., p.117.

128) Ibid., p.122.

129) Ibid., p.147.

130) Ibid., p.148.

131) Ibid., p.149.

132) PANORAMA MUNDIAL. *Vida e Saúde.* Doenças Cardíacas. São Paulo, Casa Publicadora Brasileira. 1983. p.5.

133) RAGINSKY, B.B. Some psychosomatic aspects of general anesthesia. *Anesthesiology*, 11:391-408, 1950.

134) ------. Mental suggestion as an aid to anesthesia. *Anesthesiology.* 9:472-80, 1948.

135) REICH, W. *A função do Orgasmo.* São Paulo, Ed. Brasiliense, 9.ed., 1983. p.19-20.

136) ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social.* Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.

137) Ibid., p.165-167.

138) Ibid., p.364-369.

139) Ibid., p.368.

140) ROSEN. V.H. Problemas psiquiátricos en general. In:---. K.L. *Bellak - Psicología de las enfermidades orgánicas.* Buenos Aires, Paidós, 1965.

141) Ibid., p.103.

142) RUSSEK, H.I. *Role of emocional stress in the etiology of clinical coronary heart disease.* In:---. Op. cit. (64) p.12.

143) SALES, S.M. *Organizational role asa risk factor in coronary disease.* In:---. Op. cit. (64) p.12.

144) SANT'ANNA, J.R.M. e LUCCHESE, F.A. *Circulação Extra-Corpórea, assistência mecânica à circulação e medidas de preservação miocárdica.* In:---. (119)p.37 - 63.

145) SELKURT, E. *Fisiologia.* Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1970. cap. 13.

146) SEYLE, H. *The evolution of stress concept.* In:---. Op. cit., (94) p.52.

147) THEORELL, T. e RAHE, R.H. Psychosocial factores and miocardial infarction. I. An in patient Study in Sweden, *J. Psychosom. Res.*15:25, 1971.

148) THEORICAL, T. In:--- *Early Diagnosis of Coronary Heart Disease.* P. *Halonen e A. Louhija, S. Karger, Basel.* 1973.

149) THIEL, H.G. et allii. Stress factors and the risk of myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.*17:43, 1973.

150) VARGAS, H.S. et allii. Contribuição ao estudo dos aspectos psicológicos que influenciam no prê e pós-operatório da cirurgia cardíaca. *AC Cardiologia.* 5(33):34-40. 1983.

151) Ibid., p.35-36.

152) WHIPPLE, G.H. et allii. *Insuficiência Coronariana Assistencial e Tratamento*. São Paulo, E.P.U., 1980. p.19.

153) Ibid., p.23.

154) Ibid., p.157.

155) Ibid., p.158.

156) WOLF, S. *The end of rope: the role of the thebrain in cardiac death*. In:---. Op. cit. (64) p.13.

156) WOLFF, I.S. Myocardial infaction: the experience. *Amer. J. Nurs*, 64:c-3, nov., 1964.

157) WYNN, A. The recognition of coronary prone ness. In:---. Op. cit. (64) p.12.

ANEXO 1 — ROTEIROS DE TEMAS PARA DESENVOLVER COM O PACIENTE

A — SAÚDE — DOENÇA — CIRURGIA

1 — Percepção do que seja saúde

2 — Percepção do que seja doença

3 — Receber ou não esclarecimentos sobre a cirurgia

4 — Que espera fazer depois da cirurgia

5 — Possibilidade de ser operado em outro hospital

6 — Relações Sexuais (sexualidade X incapacidade)

7 — Religião (ajuda ao indivíduo enfermo?)

8 — Programas de T.V., revistas que falam sobre medicina e outros assuntos afins (se costuma assistir ou ler)

B — EQUIPE — INSTITUIÇÃO

1 — Espectativa em relação à equipe de saúde

2 — Que acha que os membros desta equipe esperam dele(paciente)

3 — Confiança nas pessoas da equipe

4 — Assistência que recebeu no CTI

5 — Internações em outros serviços do Hospital (a qualidade do atendimento)

6 — Diferença no relacionamento da equipe em relação à diferenças sexuais do paciente

7 — Como percebe o membro da equipe que "pouco fala, sorrir ou brinca" ao visitá-lo

8 — Relacionamento família do paciente — equipe de saúde

9 — Quantidade de perguntas que costuma fazer à equipe

10 — Pergunta tudo o que quer saber sobre a cirurgia

11 — Como percebe a situação vigente do Hospital

12 — Se fosse diretor do Hospital que "atitudes tomaria"

13 — Como percebe a pessoa do médico anestesista

ANEXO 2 — ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

A — SAÚDE — DOENÇA (mente- corpo) — Negação da saúde mental

1 — O que significa saúde para você?

2 — Para você, o que representa a doença coronariana na vida do paciente?

3 — Como percebe o sentimento incapacitante, geralmente imposto pela condição cirúrgica, durante o período de hospitalização?

4 — Que reflexos pode trazer a ausência de relação sexual para o paciente coronariano, durante o período de hospitalização?

5 — Você acredita que o tempo prolongado de permanência na enfermaria pode trazer algum problema de ordem emocional para o paciente?

6 — Você acredita que, na maioria das vezes, o médico vê apenas o "orgão doente", e não a pessoa em seu contexto social, econômico, afetivo, etc?

B — ASSISTÊNCIA OFERECIDA — Auto-percepção

1 — O que você procura fazer no seu primeiro contato com o paciente?

2 — Você acredita que o nível de escolaridade influência o seu relacionamento com o paciente?

3 — Você estabelece um atendimento diferenciado ao assistir o paciente do sexo masculino ou feminino?

4 — Qual o tipo de relacionamento que você mantém com a família do paciente?

5 — Você se sente contribuindo para o tratamento do paciente coronariopata?

6 — O que acha que o paciente espera de você?

7 — Você acha que o paciente cirúrgico deve ter algum tipo de esclarecimento sobre a cirurgia a que será submetido?

8 — Você costuma conversar com o paciente durante a "execução" de seu trabalho?

9 — Você costuma atender aos pedidos que o paciente lhe faz?

10 — O que significa um paciente "rebelde"?

11 — Qual a sua conduta quando tem que lidar com este "tipo de paciente"?

12 — Qual a sua conduta quando tem que lidar com um paciente "pegajoso"?

13 — No atendimento ao paciente coronariano cirúrgico, você leva em consideração, acha importante, o lado emocional do mesmo?

14 — De que maneira a morte de um paciente coronariopata internado para cirurgia, é percebida por você?

15 — O que sente quando o paciente coronoriopata tem alta?

C — INSTITUIÇÃO DE TRABALHO — percepção da instituição

1 — O que você mais gosta de fazer neste hospital?

2 — Você se sente bem na instituição que trabalha?

3 — Como percebe o seu relacionamento com os colegas desta desta instituição?

4 — Se estivesse em posição de decidir sobre as "coisas" da instituição e precisasse fazer uma opção em um caso de conflito — situação exemplo, entre os interesses do paciente e os da instituição, como reagiria? De que lado ficaria?

5 — Como percebe a situação atual desta enfermaria? Propõe alguma modificação?

6 — Caso necessitasse de uma intervenção cirúrgica de revascularização do miocárdio, e fosse internado neste hospital, como gostaria de ser tratado?

ANEXO 3: Resumo dos depoimentos obtidos junto aos *pacientes* (N=12) internados para cirurgia de R.V.M. no Hospital Central do IASERJ, no período de 1982 a 1984.

TÓPICOS ABORDADOS	CATEGORIZAÇÃO DOS DEPOIMENTOS	
	MAIOR INCIDÊNCIA	MENOR INCIDÊNCIA
A - *Doença-Cirurgia*		
1 - Percepção do que seja saúde	— Ter *boas condições* de vida (higiene, trabalho, esgoto, paz e não ter dor)	— Poder *Paquerar* — *Não estar doente*
2 - Percepção do que seja doença	— Sentir-se *incapacitado, inútil*, pesado para os outros. — Sentir *dor, sofrimento, culpa* do mundo.	
3 - Receber ou não esclarecimentos sobre a cirurgia	— Sim: *dá mais tranquilidade* (tirar as minhocas da cabeça); *mas prefere não saber*	— Não: *prefere não saber*; o que o médico falará *não será mesmo entendido*
4 - Que espera fazer depois da cirurgia	— *Voltar ao trabalho* (o mais rápido possível; *voltar à família* (sexo)	— Aposentar-se — Viajar
5 - Possibilidade de ser operado em outro hospital	— *Não ; confiança e boas referências* sobre os médicos da equipe	— *Sim*: operar em Cleveland ou São Paulo
6 - Relações sexuais (sexualidade x incapacidade)	— *Não; medo de morrer* por causa das fortes dores durante o ato (compartilhado com o cônjuge)	— *Sim*; quando sente dor, para
7 - Religião (ajuda ao indivíduo enfermo?)	— Religião é *fonte de apoio* (fé em Deus — fé nos médicos; "Deus guia a mão dos médicos")	— Perde-se a fé, com o desespero
8 - Programa de T.V., revistas, que falam sobre medicina e outros assuntos afim (se acostuma assistir ou ler)	— Objetivo de *atualização* (T.V., jornais e revistas)	— *Não* ("muita desgraça", doença demais acaba contagiando")
B - *Equipe-Instituição*		
1 - Expectativa em relação à equipe de saúde	— *Competência*, prática, experiência (apesar das deficiências do hospital) com o objetivo de não sentir mais dor, ficar curado	— "que não me matem" (faz ameaças) — Roupa limpa, boa comida e remédios
2 - Que acha que os membros da equipe esperam dêle (paciente)	— Esperam que o paciente seja *comportado*, bonzinho, não dê trabalho, obediente, cooperativo	— Que sobreviva, que o caso não seja mais grave do que parece — "Que não os denuncie, caso "eu" morra"
3 - Confiança nas pessoas da equipe	— *Confiam* (menos no Dr. X - "parece não ter ido à escola...") — *Não confiam*	— Só não confia na *"estrutura hospitalar"*
4 - Assistência que recebeu no CTI	— Assistência *boa* ("parece coisa de de filme americano"), *embora dê medo e angústia* (solidão e aparelhos ; linguagem científica; possibilidade de faltar luz)	— *Não quer pensar* no assunto
5 - Internações em outros serviços do hospital (a qualidade do atendimento)	— Cardiologia: *bom* atendimento	— *"Tudo igual"* - vai depender da sorte com os médicos(oftalmologia, clínica médica, pneumologia, socorro , cirurgia vascular
6 - Diferença no relacionamento da equipe em relação à diferenças sexuais do paciente	— *Há diferença* (homem trata melhor a mulher, e vice-versa; as enfermeiras tratam melhor os homens, bem como os médicos; "o doutor trata melhor as mulheres").	— Tratam igualmente, independente do sexo.
7 - Como percebe o membro da equipe que pouco fala, sorrir, ou brinca ao visitá-lo.	— *Não deve ter compatência (principalmente* o Dr. X e Z; "vontade de dar um soco na cara")	— Devem estar *com problema*, deixam a gente mais nervoso — *Sentem-se importantes* por trabalhar no Estado — "Os médicos ganham para serem simpáticos, por que nós já pagamos pela dor"
8 - Relacionamento família do paciente-equipe	— *Esposa*, pelo Serviço Social, médico	— Veio direto da emergência para a cirurgia — Não tem família — Queria que família não soubesse (família nervosa)
9 - "Quantidade" de perguntas que costuma fazer à equipe	— "Pouca coisa", *não gostam de incomodar os médicos (uns costumam dirigir, outros entram mudos e saem calados")* — Perguntam *tudo que desejam* (principalmente porque a psicóloga sugere que perguntem	— *Só àqueles com quem têm intimidade*

10 - Pergunta tudo o que quer saber sobre a cirurgia	— *Tudo* ("depois da força dada pela psicóloga") —*Nem tudo - não queriam incomodar*	— *Já sabiam tudo*
11 - Como perceba a situação vigente do hospital	— Está em *pésimas condições* falta tudo (remédio, roupa de cama, gente para trabalhar, aparélhos quebrados "votou no homem, agora tem que aguentar";"tirou o hospital da Secretaria Administrativa para a Saúde, agora piorou tudo"; "o Estado está falido"	— Está *ótimo* (1 paciente)
12 - Se fosse diretor do hospital que "atitudes" tomaria	— Melhorar a *situação financeira* do hospital, *mudar a política* (" tirar da Secretaria de Saúde, voltar para Secretaria de Administração") — *Acabar com as baratas e melhorar a enfermagem* ("mais gente";"treinar ou passar o seu diploma")	— Pintar todo o hospital, *deixar tudo bonito* e principalmente colocar as mulheres que aqui trabalham de saia ou vestido — *Operação mais rápida*, "sem abrir o coração"
13 - Como percebe a pessoa do médico anestesista	— Técnico (especialista em injeções difíceis; enfermeiro formado em anestesia; alguém da sala de operação que esteja disponível; técnico que curse a área biomédica; alguém que pode ser também dentista — Médico; médico ou químico	

ANEXO 4: Resumo dos depoimentos obtidos junto a *profissionais* do Hospital do IASERJ mediante entrevistas individuais (1982/1984).

QUESTÕES	CATEGORIZAÇÃO DOS DEPOIMENTOS: MAIOR INCIDÊNCIA	CATEGORIZAÇÃO DOS DEPOIMENTOS: MENOR INCIDÊNCIA
A - SAÚDE-DOENÇA (MENTE-CORPO) NEGAÇÃO DA SAÚDE MENTAL		
1 - O que significa saúde para você?	— Capacidade plena, sem problemas — "Estar bem", sem doença	— Saúde = valor máximo (sem saúde não há indivíduo)
2 - Para você, o que representa a doença coronariana na vida do paciente?	— Restrições à vida produtiva, " invalidez", incapacidade	—"Nervosismo", ansiedade, inseguranças, desestruturação (familiar e social)
3 - Como você vê o sentimento de incapacidade imposto pela cirurgia, durante o período de internação?	— Equivalência com restrição à autonomia, à potência (inclusive sexual) — Angústia, "insegurança", infelicidade ("não é possível eliminar, apenas amenizar com carinho e atenção")	— Depende do caso ("sentimento é função da história de cada um") — Não há o sentimento (há expectativa de "viver e melhorar efetivamente")
4 - Que reflexos pode trazer a ausência de relação sexual para o paciente coronariano durante à internação?	— Ausência de relação sexual é secundária diante da problemática de sobrevivência (ou dor), ou passa desapercebida — Sentem falta, têm vontade querem "abusar", ficam assanhados, pensam no assunto	
5 - Você acredita que o tempo prolongado de permanência na enfermaria pode trazer algum problema de ordem emocional para o doente?	—Problemas quanto à interação com a a equipe que os assiste ("chatos ", "donos do hospital", exigentes, difíceis de tratar ou carecendo de maior assistência) —Acentuação de problemas emocionais (medo, insegurança, sentimentos de incapacidade)	— Acentuação tanto de problemas físicos quanto emocionais
6 - Você acredita que na maioria das vêzes o médico vê apenas o orgão doente, e não a pessoa no seu contexto social, econômico, afetivo?	— O médico só vê o orgão (declaração justificada, ou relativizada; situação considerada "fatal")	— O médico não vê só o orgão
B - ASSISTÊNCIA OFERECIDA → AUTO-PERCEPÇÃO:		
1 - Oque você procura fazer no seu primeiro contacto com o paciente?	— Seguir à rotina, cumprir a obrigação, ou seguir papel profissional (comportamento "objetivo", dirigido para definir papéis, pessoas)	— Comportamento cordial, visando a descontraí-lo
2 - Você acha que o nível de escolaridade do paciente influencia o seu relacionamento com ele?	— *Influencia* — Não, *porque controlam* as diferenças adaquando o discurso do nível do paciente; não, *mas há diferenças* (diferenças de classe são apontadas)	— Depende do caso
3 - Você estabelece um atendimento pessoal diferenciando para o homem e para a mulher?	— Não estabelecem diferenças no atendimento	— Profissionais mulheres: identificam-se melhor com paciente masculino ou com paciente mulher
4 - Qual o tipo de relacionamento, que você mantém com a família do paciente?	— Estabelece contacto: -informativo -afetivo -conforme a família — Não estabelece contacto: -por ser impossível -por evitar envolvimento	
5 - Você se sente contribuindo para o tratamento do paciente coronariano?	— Sim	— Às vêzes sim, às vêzes não; não sei um mínimo
6 - O que acha que o paciente espera de você?	— Assistência (adequada/máxima/decisiva) ou competência	— Paciente valoriza o trabalho do profissional
7 - Você acha que o paciente cirúrgico deve ter algum tipo de esclarecimento sobre a cirurgia a que será submetido?	— Sim: .toda a informação .com certas restrições	— Não (confunde o paciente)
8 - Você costuma conversar com o paciente durante a execução do seu trabalho?	— Costuma conversar	—Não conversa —Nem sempre conversa
9 - Você costuma atender aos pedidos que os pacientes lhe fazem?	— Atendem pedidos sempre que possíveis, ou dentro de certos limites	— Não gosta de "fazer vontades", para evitar "abusos" —"Pacientes não fazem pedidos".

10 - Oque significa um paciente "rebelde" para você?	— Rebeldia como *reação ao atendimento*, ou como *insubordinação* — Rebeldia como *consequência* da doença, da cirurgia, de circunstâncias da vida	
11 - Qual a sua conduta quando tem que lidar com este tipo de paciente?	— Rejeição ou anulação do paciente — Compreensão do paciente	
12 - Qual a sua conduta, quando tem que lidar com um paciente "pegajoso"?	— Colocam limites: .cortando a dependência, "dando o fora" .esclarecendo a relação profissional (cuidar de vários pacientes)	— Não têm este tipo de paciente. — Reconhecem que "quase sempre é comprado"
13 - No atendimento ao paciente, você leva em consideração (acha importante) o lado emocional?	— Levam em consideração — Levam em consideração atribuindo a intervenção a outro profissional	— Não leva em consideração
14 - De que maneira a morte de um paciente internado para cirurgia é percebida por você?	— Afirmam repercussão emocional	— Nega a repecussão emocional
15 - O que sente quando um paciente coronariano tem alta?	— Reação de felicidade x sucesso no trabalho	— Reação de livrar-se do paciente
C - INSTITUIÇÃO DE TRABALHO — PERCEPÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
1 - O que você mais gosta de fazer dentro deste Hospital?	— O seu próprio trabalho (sem comentários; questionando; com condições ideais)	— "Nada" — Relacionamento com colegas
2 - Você se sente bem na instituição em que trabalha?	— Sentem-se bem (criticando limitações; sem comentários; vida profissional identificada com a instituição)	— Não se sentem muito bem (prefere hospital particular; ganha pouco)
3 - Como acha que se relaciona com os colegas desta instituição?	— Relacionamento agradável	— Relacionamento como fonte de problemas — Relacionamento como "algo relativo (altos e baixos) "com excessão de certas pessoas")
4 - Se estivesse em posição de decidir sobre as coisas da instituição, e tivesse que optar numa situação de conflito entre os interesses do paciente e os da instituição, como reagiria , de que lado ficaria?	— Opção pelo paciente/ Contra a instituição	— Opção pela instituição — Não tomar partido
5 - Como percebe a situação desta enfermaria? Propõe alguma modificação?	— Situação péssima: .problemas políticos ("sistema") .problemas dos próprios profissionais	
6 - Se estivesse internado aqui, para uma cirurgia de revascularização do miocárdio, como gostaria de ser tratado?	— Rejeição do hospital	— Aceitação condicional

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

ESTHER MARIA MAGALHÃES ARANTES
PUC/RJ

CIRCE NAVARRO VITAL BRAZIL
PUC/RJ

GILSON MAURITY SANTOS
Hospital Central do IASERJ

MARIA LÚCIA DO EIRADO SILVA
Ministério da Aeronáutica

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1985

VERA MARIA FERRÃO CANDAU
Coordenadora dos programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas