

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO : ESPAÇO DE INTERDIÇÃO  
À EXPRESSIVIDADE DA DOR

(Um estudo sobre as relações sociais no Serviço de Cirurgia Geral  
do Hospital das Clínicas)

PATRÍCIA ÉRIKA DE MELO MARINHO

Recife  
1996

38h  
PIU

**PATRÍCIA ÉRIKA DE MELO MARINHO**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO : ESPAÇO DE INTERDIÇÃO  
À EXPRESSIVIDADE DA DOR**

**(Um estudo sobre as relações sociais no Serviço de Cirurgia Geral  
do Hospital das Clínicas)**

**Dissertação de Mestrado em  
Antropologia Cultural apresentada ao  
Departamento de Ciências Sociais do  
Centro de Filosofia e Ciências Huma-  
nas da UFPE, sob orientação do  
Professor Doutor RUSSELL PARRY  
SCOTT.**

**Recife**

**1996**

Universidade Federal de Pernambuco  
BIBLIOTECA CENTRAL  
CIDADE UNIVERSITÁRIA  
CEP. 50670-901 - Recife-Pernambuco-Brasil

A

4865 | 17/12/96

ACERVO: 169026

IV.06

PE-00025763-5

~~Universidade Federal de Pernambuco  
BIBLIOTECA CENTRAL  
CIDADE UNIVERSITÁRIA  
CEP. 50670-901 - Recife-Pernambuco-Brasil~~

*Amor*

~~4662/29/11/96~~

## LISTA DE ABREVIATURAS

BTCA .....	Bases e Técnicas de Cirurgia Abdominal
ME .....	Modelo Explicativo
SAME .....	Serviço de Arquivo Médico Estatístico
SPA .....	Serviço de Pronto Atendimento

**A Manoel, a quem amo profundamente.**

**A Ana Beatriz e Tarcísio, que estão por vir.**

*Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.*

I Ching

## AGRADECIMENTOS

Aos pacientes e profissionais do Serviço de Cirurgia Geral, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Ao Prof. Dr. Russell Parry Scott, orientador e amigo, presente em todas as etapas deste trabalho, crítico sensível e sutil.

A Profa. Sônia Maria Barbosa, por ter me proporcionado o primeiro contato com a Antropologia.

A Profa. Maria Brayner, pela amizade e incentivo durante todo o meu caminhar na Antropologia.

Ao Prof. Dr. James Falk, cuja atenção e orientação bibliográfica sobre Administração Hospitalar Universitária se fizeram valiosas.

Aos Professores do Mestrado de Antropologia e a todos os seus funcionários.

Aos colegas do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em especial a Profa. Ilka Veras Falcão.

Aos colegas de turma, Lídice Maria de Araújo e Estanislau Paulo Klein, amigos de jornada, presenças marcantes e enriquecedoras em minha vida. A eles, minha amizade, carinho e admiração.

A George Lederman, cuja escuta singular e críticas construtivas contribuíram para a elaboração deste projeto, naquela época, ainda embrionário.

**A Maria Auxiliadora de Oliveira Novais Pinto, amiga e revisora sensível.**

**Aos meus sinceros e grandes amigos, pela espera, confiança e cobranças afetivas.**

**A Nilza, a Kesia e meus companheiros de jornada, presenças marcantes nesse processo de crescimento contínuo.**

**Aos meus pais e meu irmão, presenças indispensáveis e estímulo constante em minha vida.**

**A Manoel, meu grande amor, pela dedicação, paciência e incentivo durante a realização deste e sem o qual a sua concretização não teria sido possível.**

**A Deus, minha luz de cada dia, essência do meu viver.**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. A PASSAGEM PELA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>20</b>
1.1 - O Contexto da Expressão	21
<b>2. A COMPREENSÃO DA EXPRESSIVIDADE À DOR</b>	<b>36</b>
2.1 - A escolha do Serviço de Cirurgia Geral	38
2.2 - O acesso ao Serviço de Cirurgia Geral	41
2.3 - Clientela do Serviço e seus profissionais	43
2.4 - Estudo de compreensão da expressividade à dor	45
<b>3. O APAGAMENTO DO ESTAR INSTITUCIONAL</b>	<b>56</b>
3.1- O Hospital das Clínicas	59
3.2 - O Serviço de Cirurgia Geral	61
3.2.1 - <i>Constituição do Serviço de Cirurgia Geral</i>	62
3.2.2 - <i>O ambulatório</i>	72
3.2.3 - <i>A enfermaria</i>	85
3.2.4 - <i>Rotinas do Serviço: visitas e reuniões clínicas</i>	97
3.3 - Contextualização situacional	110
<b>4. HOSPITAL: INTERDIÇÃO DA EXPRESSIVIDADE À DOR</b>	<b>112</b>
4.1 - A expressão dos pacientes no Serviço de Cirurgia Geral	115
4.2 - As relações na instituição hospitalar	136
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>145</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>151</b>
<b>FONTES BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>152</b>

## RESUMO

O presente trabalho investiga o apagamento da expressividade à dor dos pacientes do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, como reflexo de um estar institucional resultante de relações de poder instituídas e uma prática assistencial eminentemente autoritária. Observou-se que essas práticas são direcionadas no sentido de proporcionarem intervenção e controle sobre o corpo, as sensações e o comportamento dos pacientes, através da instituição da disciplina, da obediência e do cumprimento às normas institucionais. Para averiguação dessas, foi realizada pesquisa de campo e entrevistas semi-estruturadas dirigidas a professores, preceptores, residentes e pacientes. A partir dos relatos foi possível constatar a reafirmação de papéis, a determinação de lugares e de distâncias sociais entre os atores sociais, como condição anterior e implícita à relação terapêutica e às práticas de atenção à saúde. Constatou-se que o Serviço de Cirurgia Geral do hospital-universitário não oferece condições ao estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, proporcionando o silenciamento do corpo e o apagamento da expressividade à dor, uma vez basearem suas relações em relações de poder, garantidas pela hierarquia e ordem estabelecida. As práticas de atenção e as relações entre médicos e pacientes, desenvolvidas no hospital-universitário, requerem reflexão e mudanças no sentido de proporcionarem condições efetivas à consecução da relação terapêutica e a adequação da formação de seus profissionais à realidade da clientela-alvo a que se destina.

## INTRODUÇÃO

O corpo, sendo um veículo de expressão da condição humana, comunica através dos gestos, atitudes e mímicas, um sentido e um estar no mundo a partir de uma simbólica social do grupo do qual se tem origem e faz parte, significativa àqueles com quem se convive. Assim sendo, a medida em que o corpo emite e recebe sensações, relaciona o homem ao meio no qual se inscreve, inscrevendo uma forma singular de existir e o fazendo conforme a cultura somática do grupo ao qual pertence - na medida em que esta o aprecia e aprecia as suas possibilidades de expressão, autorizando-as ou não.

Em sua cotidianidade, o corpo se comporta de forma a apresentar-se evidentemente expressivo mediante situações de intensa emoção - e aqui se poderia citar o luto, o êxtase sexual, a alegria, a dor, entre tantas outras.

Assim se apresentando, o corpo comunica um sentido a partir da expressividade, revelando uma rede intrincada de relações sociais, dentro de uma perspectiva em que a ordem social impõe a seus elementos a condição de se apresentarem conforme estas mesmas convenções. A expressividade à dor coloca sob ameaça aqueles sobre as quais esta ordem social se impõe, segundo coloca Breton (1991, p.26): “Contra a angústia do desconhecido, o simbolismo social apodera-se de todas as manifestações do corpo(...)”, querendo dizer com isso que o transbordamento das emoções obedece a uma outra lógica social, especialmente se os sentimentos expressos se distanciam daqueles previstos e permitidos pelo grupo em questão.

A observância à simbólica social resulta em certa uniformidade do comportamento humano frente à diversificação da expressividade à emoção, redimensionando-o, apoderando-se do corpo, classificando-o, controlando-o e o inserindo num universo do qual nem sempre se tem consciência.

A angústia oriunda do desconhecimento acerca das possibilidades de expressão, proporcionadas pela manifestação de emoções consideradas inapropriadas ou indevidas para um grupo ou coletividade, torna-a deslocada e sem sentido aparente, resultando portanto no seu refreamento e controle, podendo este fato ser apreendido no ambiente hospitalar a partir dos pacientes que sentem dor.

A dor suscita do corpo um reacendimento da expressividade, requerendo do sujeito uma experiência até certo ponto, inusitada, ou seja, requerendo deste que suas sensações de dor sejam manifestas e assim comunicadas ao meio através de seu sofrimento - visíveis e reconhecíveis ao grupo a partir de sua própria expressão - e manifesta de forma peculiar.

Caracterizada a partir de sua expressão, a dor suscita reações variáveis envolvendo facies de sofrimento, posturas encurvadas, gemidos, gritos, choro, denominadas por Fabrega e Tyma (apud Helman, 1994, p.166) de 'comportamento de dor'.

Identificável em seu meio, esta veicula informações referente a uma situação que escapa, de certa forma, ao controle consciente, à obediência às normas e valores implícitos ao grupo, remetendo ao passado o apagamento de um corpo que tem na expressão a dor, a possibilidade de comunicar um sofrimento ao mesmo tempo manifesto através da linguagem corporal, instituindo para o interior deste grupo um significado.

A apreciação da dor está ligada à aquisição de certas categorias de reconhecimento implícitas no grupo e, portanto, peculiar a esta. A resposta à emoção reflete uma forma particular de expressão em conformidade com o meio do qual procede e a sua própria psique, conforme salientado por Breton (1991, p.94).

Tratando-se do meio hospitalar no entanto, a apreciação e reconhecimento desta implicam uma atitude pelos profissionais de saúde - e em especial pelos médicos - de instituírem um silenciamento ao corpo e, aos

pacientes - àqueles que têm na dor a sua principal queixa - de se adequarem em conformidade ao meio em que se encontram.

A adequação ao ambiente hospitalar se revela a partir do comportamento do paciente frente às demandas institucionais que se lhe apresentam. Estas envolvem o silenciamento corporal, ou seja, um certo apagamento da expressividade à dor em meio a medidas intervencionistas que se fazem necessárias à recuperação da saúde, exigindo destes um estar institucional evidentemente silencioso.

O apagamento desta expressividade em um ambiente reservado à sua compreensão, manifestação e tratamento, pode revelar-se aparentemente paradoxal se não manifesta, ao mesmo tempo em que se justifica em parte a partir de uma outra lógica que não a meramente assistencial.

A lógica institucional que se relaciona ao poder, especialmente representado pelo poder médico - vislumbrado a partir de definições de papéis, de espaços sociais, de hierarquia de relações, de imposição de normas e regras médicas - existe para a garantia do exercício profissional e de sua legitimação, desenvolvido às custas da utilização de mecanismos de defesa, conhecidos por "mecanismos de sublimação compensatória", segundo Pitta (1990).

Estes mecanismos no entanto, se apresentam além da compreensão proposta pela autora, na medida em que se dispõem não apenas ao convívio daqueles que lidam com a dor como resultado de uma prática profissional, mas para assegurar o saber e poder instituídos pelo conhecimento acerca do corpo e dos papéis sociais deles decorrentes e definidos.

Em detrimento de um conhecimento historicamente legitimado acerca do corpo e de suas manifestações pela classe médica (Foucault; 1979, p.101-111), nomeia-se o paciente enquanto tal, rotula-se sua patologia, designa-se seu papel, controla-se suas sensações e seu corpo, define-se o espaço a ser por este ocupado na instituição hospitalar, na medida em que se lhe

desautorizam o conhecimento e a posse deste, em que lhes cerceiam a expressividade e em que os silenciam.

As restrições impostas perpassam pelo corpo e também pelo estar institucional, visivelmente 'apagado', marcadamente sofrido, se encontrando temporariamente subtraído da sua condição e atribuição de sujeito social, em condição de expressa desigualdade, de submissão, de desinformação acerca de seu próprio corpo e de suas sensações, de seu direito a estas enquanto paciente de uma instituição hospitalar, justificadas a partir da classe social destes.

Neste sentido, a prática médica se institui no ambiente hospitalar através da instituição de suas normas e regras gerais, impostas no sentido de se justificarem a partir de sua rotinização, que tem por finalidade eliminar as particularidades que nestas não se enquadrem ou se adequem, proporcionando o exercício profissional com o mínimo de exigências emocionais, oferecidas pelo contínuo convívio com a dor e o sofrimento do outro, de acordo com Goffman (1992) e Pitta (1990).

O corpo é controlado em sua expressão por ocasião da consulta e durante o internamento hospitalar: controlam-se suas funções de eliminação (fezes e urina), suas taxas sangüíneas, sua alimentação, seu ritmo de sono - conforme o quadro clínico apresentado pelo paciente -, sua própria mobilidade, na medida em que se limita ao leito para o repouso, para administração de medicamentos injetáveis, pela dor oriunda de incisões cirúrgicas, em atenção às visitas médicas e em outras ocorrências eventuais.

As verbalizações das queixas pelos pacientes se encontram sob a interdição mais ou menos explícita oferecida pelos médicos em detrimento da objetividade necessária dos questionamentos, do silêncio que se impõe e se justifica pelo desconhecimento de uma "taxonomia mórbida e sintomática" relativas à doença pelos pacientes, especialmente aqueles das "classes populares", para designarem suas sensações e desconfortos, da repressão

seguida à utilização de certos jargões médicos pelos pacientes ao se referirem a seus males e queixas ou ao silêncio médico, decorrente desta.

A dor é apreendida no ambiente hospitalar como uma situação ameaçadora à integridade do paciente - mediante seu evidente sofrimento - desencadeadora de um reacendimento do corpo e das sensações consideradas desagradáveis àqueles que os circundam, gerador de um evidente desconforto aos profissionais que lidam com estas.

Estes, especialmente os médicos, de forma ambígua avaliam a intensidade e repercussão da dor, reconhecendo-a e a legitimando ao mesmo tempo em que a conduzem de forma a exigir o controle por parte deste, mediante evidente constrangimento causado, pela mesma. Os pacientes por sua vez se adequam às normas impostas, reagindo à instituição através de certo silenciamento à expressão, uma vez garantirem para si um mínimo de sofrimento adicional àquele já existente, resultante esta da prática médica intervencionista e justificada em parte por sua transitoriedade hospitalar.

A dor passa ao controle dos médicos e da instituição mediante a permissividade compactuada entre pacientes e profissionais, passando então a seu gerenciamento de forma a discipliná-la, disciplinando o seu paciente a partir da imposição de normas, prescrições e proscricções, da repressão e da punição àqueles que escapem ao controle imposto: o paciente que solicita informações, que exige atenção, que se nega à realização de certos exames e que exprime as emoções, incomoda e perturba a ordem instituída.

O exercício de tratar o outro passa, desta forma, ao controle institucional hospitalar, sede das práticas médicas, mediadas pelo saber médico, definidor dos limites, do exercício e das decisões estabelecidas, segundo Luz (1986).

A instituição hospitalar, representada pelo poder médico, estrutura as relações entre médicos e pacientes em relações sociais de subordinação, através das regulamentações de suas práticas e de seus discursos - o discurso institucional -, garantindo com isso o exercício de suas funções e assegurando as relações institucionais de poder: poder de imposição de uma visão de

mundo, baseadas na posse de um capital simbólico de que possuem os médicos (Bourdieu, 1990), em detrimento à inexistência de um contra-discurso suficientemente eficaz por parte dos pacientes para se contrapor ao existente, neste campo legitimamente diferenciado e dotado de valores simbólicos do qual desconhece.

A dor e o sofrimento se apresentam sob o pacto da interdição no ambiente hospitalar - especificamente no hospital público universitário avaliado nesta pesquisa - , em detrimento à sua expressividade, para garantia e atendimento de suas funções.

Deste pacto participam profissionais (especialmente os médicos) e usuários (pacientes e acompanhantes), diferentemente dispostos, segundo seu capital simbólico.

Aos primeiros, o exercício do saber implica exercício do poder - poder de nomear, classificar, enquadrar, prescrever, proscrever e punir - e a partir deste, proporcionam uma relação terapêutica baseada na hierarquia que pressupõe desigualdade.

Aos últimos, o conhecimento acerca do corpo e suas manifestações a partir de categorias abrangentes de "realidades polifacetadas, plenas de recortes, oposições e contradições internas" (Duarte; 1987, p.2) mas, inegavelmente existentes e constituintes de uma realidade diferentemente disposta e pouco ou eventualmente aceita pela condição médica letrada, distanciada em muitos aspectos não apenas do discurso popular mas da realidade imediata do paciente.

A contextualização das relações entre médicos e pacientes no espaço hospitalar, sob a ótica antropológica, se faz necessária para evidenciar fatores que contribuam para a compreensão do apagamento da expressividade à dor e ao sofrimento destes últimos e teve início a partir do desenvolvimento de atividade assistencial como fisioterapeuta na enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Àquela época, chamava atenção a não disponibilidade médica às queixas de dor de seus pacientes; a indiferença com que tratavam os casos 'terminais'(casos de câncer inoperáveis) através da alta hospitalar sem esclarecimentos aos pacientes ou a seus familiares, em alguns casos e esclarecimento restrito em outros; o desconhecimento do nome do médico que o acompanhava, por parte do paciente; o comportamento de submissão e "aparente inexpressividade"(ênfase minha) dos pacientes frente aos membros da equipe; a forma como a alta hospitalar era dada sem a prévia comunicação aos demais profissionais da saúde que acompanhavam os seus pacientes, ocasionando desta forma certa incompatibilidade de concepções entre esta profissional e as condutas do referido serviço, surgindo a partir daí a necessidade de compreendê-lo dentro de uma perspectiva que contemplasse não apenas o paciente - que não se expressa - mas acima de tudo, o contexto no qual este é introduzido por ocasião de uma doença.

Esta Dissertação se propõe estudar antropologicamente o paciente que sente dor e sofre e também os profissionais médicos que têm no hospital o local onde desenvolvem suas atividades, enfatizando a instituição hospitalar como um espaço no qual a expressividade à dor se encontra sob o pacto da interdição.

Os estudos referentes ao corpo e suas manifestações, em ciências sociais, têm privilegiado a visão socialmente legitimada de saúde e doença proporcionada por uma leitura unívoca de uma situação pluralizada que envolve uma diversidade de atores sociais diferentemente dispostos na hierarquia institucional, atendo-se estes ao estudo de uma perspectiva que se impõe por sua legitimidade enquanto conhecimento científico - a ciência médica, sem atentar àqueles que constituem também 'autêntico pólo de conhecimento', no dizer de Laplantine (1991, p.17).

Possibilitando-se esta perspectiva, proporciona-se com ela a compreensão mais pormenorizada acerca do doente, deste adoecer e das

práticas instituídas, especialmente no que se refere à intervenção medicalizadora sobre o corpo que sente dor e sofre.

Nesta, o paciente aparece transitoriamente despossuído de seu papel de sujeito social e inserido em um contexto distanciado de sua realidade imediata, mediada por profissionais, algumas vezes, anônimos em suas ações, diferentemente dispostos e também transitórios em sua passagem pela vida dos pacientes.

A prática médica instituída se distancia do paciente que sofre a partir da substituição da relação terapêutica pelos meios diagnósticos de precisão, contribuindo deste modo para o fetichismo que estas parecem ter para o paciente e para o deslocamento e atrelamento da eficácia médica à análise proporcionada pela tecnologia e por intervenções que se evidenciam no corpo através de suas marcas (incisões cirúrgicas).

Sem se aterem às necessidades outras de seus pacientes, reduzem-se estes a um fígado, a uma vesícula ou um a câncer de reto, “mais importantes que o paciente”, conforme apontado por Siqueira (1978, p.86).

O distanciamento da relação terapêutica em substituição a uma tecnologia de ponta dissociado de uma realidade mais ampla da qual o paciente faz parte, aliado à fragmentação do paciente em partes menores, segundo especialidades médicas e ao “tempo” como elemento determinante das relações que se estabelecem, contribuem para um exercício profissional fragmentário e parcial da população que frequenta o serviço público universitário.

Neste espaço hierarquizado onde as relações sociais são objetivadas e fragilizadas, a transitoriedade do paciente no serviço justifica a aparente “acomodação” deste à dor na instituição hospitalar, sem que se apreenda visivelmente a sua expressividade.

As relações sociais e as práticas de atenção desenvolvidas neste hospital universitário em especial, se prestam ao estudo antropológico aqui proposto notadamente por implicarem relações entre atores sociais não apenas

desigualmente munidos de um capital simbólico em um espaço físico comum, mas por um destes - o paciente - ocupar transitoriamente um espaço do qual não tem participação efetiva no seu processo de recuperação à saúde e por estas práticas se constituírem modelo de exercício profissional, assim reproduzíveis extra-muros.

Os autores utilizados neste estudo tornaram possível a compreensão e interpretação dos dados colhidos, proporcionando uma leitura que possibilitasse abranger as relações sociais e o contexto hospitalar no qual a expressividade à dor se manifesta debilmente, procurando evidências que as explicassem, a saber:

- A noção de "instituição total" proposta por Goffman (1992) e aplicado à instituição hospitalar em estudo, fornece uma leitura igualmente importante acerca de dois universos distintos - de médicos e pacientes -, vividos em um mesmo espaço físico, marcados por uma situação desigual refletida e justificada em sua funcionalidade social. Com relação à dramaturgia social de Goffman (1985), a noção de papéis e atores sociais, é utilizado com o objetivo de permitir uma compreensão acerca da mobilidade destes no ambiente hospitalar, cenário de representação de papéis e espaço de luta pelo reconhecimento e legitimação de saberes e práticas.

- Sobre o desenvolvimento de relações sociais e práticas institucionalizadas a nível hospitalar, notadamente no que se refere à instituição hospitalar universitária brasileira, Luz (1986) fornece uma compreensão acerca deste espaço como cenário marcadamente hierarquizado, cuja formação, controle e repressão constituem a cotidianidade no exercício de funções que não se circunscrevem a ação medicalizadora, mas a extrapolam, constituindo-se espaço para o exercício do poder e de um saber que se sobrepõe aos demais.

- Pitta (1990) aponta para o exercício profissional de lidar com a dor e o sofrimento alheios como marcado por sofrimento adicional a estes e pelo desenvolvimento de mecanismos de sobrevivência - "mecanismos de

sublimação compensatória” - que visem o desempenho de suas funções com um mínimo de sofrimento para garantia na difícil tarefa de tratar o outro.

- O manuseio do corpo e de suas funções pelo médico associada à condição sócio-econômica do paciente se encontram relatadas no estudo proposto por Boltanski (1989). Neste, o autor situa a relação médica para com as “classes populares” como decorrentes de uma relação de classe, justificando desta forma o nível de desinformação dos pacientes, o controle estabelecido sobre o mesmo e a atitude autoritária que permeia estas relações, em garantia da legitimidade médica historicamente instituída.

- Sobre a expressividade do corpo de uma maneira geral, Breton (1991), Mauss (1979) e Rodrigues (1980) e da dor em particular - Helman, 1994; Lobato, 1992 e Wolff e Langley, 1977 -, estes situam a expressão como uma forma de linguagem cuja decodificação variável em função de uma simbólica social, comunicam sensações nem sempre reconhecidas como tal pelo grupo social do qual se originam, proporcionando uma débil e restrita expressividade frente ao meio na qual se manifestam.

- A definição de espaço social e poder simbólico proposta por Bourdieu (1990 e 1983) proporcionam uma compreensão acerca da constituição de classes sociais decorrentes da posse de um capital específico - capital simbólico - resultante de uma luta histórica pela imposição de um tipo de visão, adequando-se esta a cotidianidade hospitalar, especialmente no que se refere à categoria médica, contribuindo assim para uma leitura tanto desta quanto daquela vivenciada pelos pacientes, notadamente quando estes não têm considerado suas necessidades e seus direitos por ocasião de sua passagem pela instituição hospitalar.

Estes contribuem por contornar e delinear o espaço e o lugar ocupado pela expressividade à dor no contexto hospitalar de forma a permitir a construção de uma interpretação que possibilite a apreensão deste estar institucional, vivenciado a partir do controle do paciente à expressão.

Esta dissertação se apresenta constituída por quatro capítulos e pela conclusão.

- Capítulo 1: neste capítulo é realizado uma revisão contextual da expressividade, especialmente à dor, quando esta se refere ao ambiente hospitalar, às relações sociais e institucionais nela desenvolvidas, asseguradora da exequibilidade de suas funções a partir da instalação de normas médicas, regras comportamentais, ordem e hierarquia - com o objetivo de ter sob controle o corpo e as sensações de seus pacientes.

- Capítulo 2: neste, é delimitado a escolha do tema a ser estudado, a metodologia aplicada e o referencial teórico adotado.

- Capítulo 3: refere-se a etnografia, realizada no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas. Neste, relata-se a dinâmica de funcionamento do serviço, animados pela participação de seus atores sociais, em seus respectivos papéis e situações específicas.

- Capítulo 4: trata-se da análise dos dados colhidos. A partir destes e da utilização do referencial teórico é possível a construção de uma análise compreensiva acerca do referido serviço no que diz respeito à expressividade à dor de seus pacientes.

A Conclusão aponta para uma leitura reflexiva acerca das práticas que se instituem no hospital-escola, propondo uma reavaliação das mesmas, na medida em que estas se destinam à formação de profissionais da saúde.

## 1 - A PASSAGEM PELA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Mediante observação da prática médica hospitalar e do comportamento dos pacientes internos com dor neste espaço, é possível apreender uma dinâmica de relação social entre estes, que parece inicialmente contradizer a funcionalidade - para que se destina - e a intencionalidade - a quem se destina - de suas práticas instituídas.

Apreende-se a existência de um certo sofrimento latente, expresso de forma débil e às vezes apagadamente, entre aqueles pacientes que circulam os corredores e entre estas, entre cada leito que se dispõe ao tratamento da dor e de seus padecimentos.

Estar internado em uma instituição hospitalar, notadamente no hospital universitário deste estudo, requer adequação às relações que se impõem e às normas que se apresentam, como norteadoras deste estar institucionalizado. A partir desse, se concebe as definições de doença, o papel de paciente e se delimitam espaços que devem ser transitoriamente ocupados por estes nesse ambiente.

As relações que se estabelecem entre médicos e pacientes, são objetivadas e obedecem a uma lógica que de certa forma, escapa à funcionalidade e intencionalidade para qual o hospital em princípio se destina. Através dela se justifica o modelo hospitalar e as práticas de atenção que as regem, de forma a proporcionar um estar institucional evidentemente débil ou apagado, conforme os efeitos decorrentes da maior ou menor permanência dos pacientes nessa.

A partir da observação das relações estabelecidas entre médicos e pacientes, especificamente, e das práticas de atenção desenvolvidas no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, é possível encontrar algumas diretrizes que expliquem o apagamento da expressividade à dor de

seus pacientes, nesse espaço histórica e teoricamente reservado à avaliação, expressão, compreensão e tratamento daqueles que sofrem e padecem.

Mediante essa exposição, torna-se possível propor a seguinte hipótese:

- O hospital institui práticas autoritárias que repercutem sobre o comportamento do paciente, favorecendo sua submissão e controle por parte de seu corpo profissional, dificultando a expressividade à dor.

## 1.1- O CONTEXTO DA EXPRESSÃO

A instituição hospitalar universitária se constitui sede de formação profissional e atenção à saúde, ou mais especificamente, a suas alterações.

Para tal, garante o exercício profissional através da intervenção sobre o corpo que sofre, mediante conhecimento científico sobre o mesmo, sem proporcionar a esse condições evidentes para se manifestar: através dos gestos, da mímica facial, do choro, da palavra falada, ou ainda da adoção de certas posturas, enfim, através da utilização de uma linguagem simbólica, da qual a expressão como um todo faz parte.

Essa expressividade à dor, do qual Fabrega e Tyma (apud Helman, 1994, p.166) denominam “comportamento de dor”, se refere às mudanças de expressão facial e modificações comportamentais, que se associam a essas quando de sua ocasião, evidenciadas a partir de uma linguagem própria, de acordo com as condições sociais, culturais e psicológicas do qual se origina.

A indicação de dor ou desse mal-estar, se reveste dessa linguagem da qual seus membros específicos identificam e reconhecem (Helman, 1994, p.170), essencial para a busca de auxílio, e da qual Breton (1991, p.108) se refere como repleta de um ‘repertório simbólico’ do grupo do qual faz parte.

O reconhecimento da doença parte de duas perspectivas distintas: por um lado, se alia às categorias de apreensão desta a partir de sua associação às queixas apresentadas, pelos pacientes; por outro, se distancia da realidade

mais imediata dos pacientes, na medida em que privilegia o conhecimento científico sobre o corpo, dissociado da correspondente representação popular acerca desse e de suas manifestações, proporcionando o que Cassell (apud Helman, 1994, p.104) denomina por 'doença' e 'enfermidade'.

O que procede dessa denominação se aplica à cotidianidade hospitalar, na medida em que esta se pauta na legitimidade do discurso dominante e das práticas instituídas, no intuito de garanti-la, afastando-se do conhecimento popular sobre o corpo e suas sensações. Com isso se possibilita o poder do discurso médico em detrimento ao saber popular, conforme proposto por Kleinman (apud Helman, 1994, p.108):

“ O poder atribuído aos médicos em virtude de seu *background* e sua formação profissional pode dar-lhes o direito de moldar os ME (modelo explicativo) do paciente de modo que se adapte ao modelo médico das enfermidades (*diseases*) ao invés de permitir que o paciente expresse sua própria perspectiva da doença (*illness*) emergente.”

Nesse espaço, do qual a perspectiva de doença pelos pacientes se faz compreender a partir de uma outra lógica, a expressividade resulta de um condicionamento vinculado à convenções sociais pré-estabelecidas (Marinho, 1994, p.11), não se apresentando livre à arbitrariedade individual, do qual Breton (1991, p.107) finaliza se referindo a essa como “(...) uma realidade largamente convencional, mesmo se cada um a exprime a seu modo”. Assim, o apagamento da expressividade a que o autor acima se refere, resulta de uma resposta convencionalizada ao meio, da qual participam e não podem evadir.

Essa resposta convencionalizada à dor, do qual Mauss (1979, p.148) faz referência em seus estudos sobre as relações entre o ritual oral dos cultos funerários australianos e a expressão dos sentimentos, revela a vivência pública de que se cerca e desta não parecer experienciada de modo individual, conforme ressalta na outra página: “ Os ritos mais simples (...) não têm um caráter tão público e social, mas falta-lhes no mais alto grau, qualquer caráter de expressão individual de um sentimento experimentado de modo puramente individual.”

No meio hospitalar, diferentemente constituído daquele estudado por Mauss, as sensações de dor de que se cerca o paciente são vividas individualmente e a sua comunicação, dotado de uma simbólica, revela um sofrimento que se faz reconhecer e tratar, mesmo que sob diferentes perspectivas.

Sobre esse aspecto, a expressividade à dor se diversifica entre os povos - conforme estudos sobre a fisiologia da dor (Guyton, 1977, pp.585-8) -, especialmente quanto à resposta frente a diferentes intensidades de estímulos nociceptivos e parece se explicar através de um processo de aprendizagem iniciado na infância, em diferentes grupos sociais, o que justifica a diversidade de respostas frente ao mesmo estímulo.

Nesse sentido, Breton (1991) e Wolff e Langley (1977), se referem às diferentes respostas à dor como resultantes de uma condição social, cultural, psicológica e biológica, interrelacionadas, das quais o sujeito apreende durante o seu desenvolvimento, e participa sem que para tal tenha um nível de consciência prévio.

A partir desse enfoque, se torna possível a compreensão acerca das diferentes formas de expressão à dor encontradas no estudo de Zborowski, do qual Wolff e Langley (1977, p.318) relatam. Segundo as autoras, para que se proceda a compreensão da dor, se faz necessário que sobre essa se inclua a emoção, a cognição e os aspectos psicossociais e culturais que constituem o sujeito social e o meio do qual procedem, na tentativa de favorecer “ um nexa

entre a desordem psicológica e várias formas de separação e desintegração sociocultural”, do qual nos fala Bakan (1979, p.18), proporcionando uma adequação do tratamento e valorização das queixas dos pacientes.

Mediante essa interrelação entre os diferentes aspectos constituintes da condição do sujeito, é possível apreender a abrangência proporcionada pelos curandeiros populares de Zinacantan (México). Segundo Helman (1994, p.77), os *h'iioi*, como são conhecidos, articulam e ressaltam os valores culturais da comunidade em que vivem, proporcionando a essas elevadas vantagens em relação à medicina.

Loyola (1984,) se refere à eficácia terapêutica oriunda dos curandeiros populares sobre sua clientela, para evidenciar com isso o quanto a proximidade entre estes e seus clientes favorecem a compreensão de seu processo de adoecimento e de cura. A apresentação da doença se realça - ou seja, se expressa - mediante esta proximidade, favorecendo a leitura e compreensão deste de uma forma mais ampla e contextualizada, em contraposição ao que se estabelece no ambiente hospitalar.

No hospital, sua contemporaneidade foi marcada pelo disciplinamento de seus espaços e pelo controle sobre o corpo do paciente (Foucault, 1979), de forma a cumprir uma função de dominação eminentemente hegemônica (Nunes, 1989, p.61). Breton (1991, p.104) se refere a esse controle, quando ressalta a necessidade do homem moderno silenciar suas emoções, especialmente quando se refere àquelas as quais Rodrigues (1975, p.121) denominou de “expressões emocionais que a coletividade tem por inaceitáveis”.

A intervenção sobre essas - através das “próteses farmacológicas”, das quais Breton faz referência (1991, p.104) - introduz o uso de medicamentos para interditar a dor, como forma de controlar o corpo e suas sensações, suprimindo desses pacientes a sinalização proporcionada pelo estímulo doloroso - essencial à identificação da doença, da avaliação física e de seu tratamento.

No hospital, o controle sobre o corpo ou a interdição de sua expressividade tem por finalidade afastar a ameaça de finitude humana - àqueles que cuidam e àqueles que são cuidados -, afastando desses as sensações desagradáveis e vexatórias proporcionadas pela dor. Para os profissionais, no entanto, o apagamento da expressividade à dor resultante das práticas controladoras, tem por finalidade, também, assegurar o exercício profissional com um mínimo de sofrimento, proporcionado pelo contato diário e contínuo com situações dessa natureza, facilitando assim a difícil e árdua tarefa de lidar com a dor e sofrimento alheios (Pitta, 1990, 37).

Os mecanismos utilizados pelos médicos para a consecução desse controle se exprime, em sua cotidianidade, a partir de um modelo de assistência e de relações sociais baseados na hierarquia, na posse de capitais simbólicos, na diferença de classe e na imposição de disciplina e normas, a serem seguidas sob o rigor esquadrihador da instituição hospitalar.

Assim, o hospital se retrata como sede do poder e exercício médicos, e o paciente como seu objeto de estudo e intervenção - apesar desse se insurgir, em algumas situações, frente às demandas que se apresentam em seu estar institucional.

Para que esse espaço se constitua dessa forma, a figura 'paradigmática' (Antunes, 1991, p.163) de paciente - "sofredor resignado, manso, vítima (...)" - se institui como tal para servir de elemento essencial ao modelo de atenção médica proposto.

Essa condição, histórica - diga-se de passagem -, se alia à situação de desfavorecimento proporcionado pela falta de conhecimento desses sobre o corpo e suas sensações, pela transferência de cuidados e submissão às intervenções médicas, pela falta de esclarecimento e informações a esses, por parte da equipe, através de uma linguagem simples e acessível, pela obrigatoriedade ao cumprimento das normas e de certos rituais (a que estão sujeitos durante as consultas e o internamento propriamente dito), pelo despojamento transitório de seus bens e de sua apresentação pessoal,

finalizando com aquisição temporária de outra identidade - substituída por outras designações -, nem sempre referentes a sua condição de sujeito social, proporcionando o que Goffman (1992, pp.27-8) denomina de 'uma grande mutilação do eu'.

O hospital, especialmente o hospital universitário investigado nesse estudo, apresenta-se regido sob a obediência a certos rituais, comuns aos hospitais do Séc. XVIII, conforme descrito por Foucault. Para este autor (1979, p. 110), a visita médica se constitui como "(...) um desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital...", e ainda hoje têm por finalidade confirmar a autoridade médica, reafirmar a ocupação de lugares e a definição de papéis sociais, a partir de uma condição precípua de desigualdade entre esses e o paciente.

A atenção médica, até hoje vigente, isenta-se da participação de seus pacientes em seu processo de resgate à saúde, sob a alegação de desconhecimento e ignorância - por parte desses - de seu corpo e das alterações provocadas pela doença, levando ao afastamento desses pela "(...) distância lingüística, devida, ao mesmo tempo, a diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares" (Boltanski, 1989, pp.134-5). As justificativas utilizadas perpassam antes, pela condição de classe social, especialmente numa instituição cuja clientela alvo é constituída pelas classes populares.

Os rituais de consulta ambulatorial - marcação e chegada prévia ao ambulatório, espera pelos atrasos, preparação para os exames através da exposição de partes do corpo, entre outras - e de internamento hospitalar - seguido de suas visitas clássicas, de sujeição às normas, de cumprimento às ordens médicas, de intervenções cirúrgicas e procedimentos outros - são realizados de forma a pôr ordem ao "caos" apresentado pelo paciente, quando de sua passagem pela doença, de reordenar-lhe o funcionamento, proporcionando-lhes uma leitura de suas sensações e de seu corpo. Essa leitura, distanciada em sua grande maioria da compreensão dos pacientes, é

utilizada cotidianamente sem que sejam considerados o 'conhecimento popular' destes sobre o corpo, ao mesmo tempo em que reafirmam sua onipotência, seu conhecimento e sua autoridade sobre a doença, o doente e suas sensações.

Sobre este assunto, Albuquerque (1986, p.119) relata em uma passagem sobre as instituições hospitalares:

“ Por outro lado, certos rituais (como a confissão pública, ou a leitura em voz alta do prontuário do pensionista) têm o duplo efeito de chamá-lo à ordem, lembrando-lhe sua posição, e de simbolizar a onipotência do estafe.”

A partir do discurso médico, baseado no conhecimento científico, a dor, a doença e o doente adquirem existência própria e status, conforme Maciel (1986, p.30) e Ribeiro (1993, p.46).

O conhecimento popular, oriundo dos pacientes, é evidentemente descartado e descredibilizado. A convivência contraditória desse com alguns pressupostos do saber erudito - dos quais desconhecem, em sua maioria, o real significado - maculam a cientificidade e legitimidade médicas, uma vez os pacientes convivem “com a crença ou o recurso a inúmeras outras ordens de significado e de resposta à aflição” , conforme Duarte (1986, p.4), propiciadoras de outros discursos e outras interpretações.

A essa possibilidade de reinterpretação da doença, os médicos reafirmam o conhecimento científico como legitimador de suas práticas, afastando dos pacientes o esclarecimento, 'traduzido em linguagem simples', da doença e de seu significado, às custas da 'ignorância' e desconhecimento desses. Dessa forma, se suprimem ou limitam as informações aos pacientes, proporcionando uma relação historicamente silenciadora entre médicos e pacientes, conforme revelado por Katz (1984, pp.41-51).

O silenciamento de informações e a ausência de uma prática médica partilhada, merecem destaque por revelarem dois aspectos de uma situação historicamente vivenciada a nível hospitalar até os dias atuais: primeiro, por se constituir ameaça evidente ao conhecimento e prática médicas, em outras palavras, em ameaça ao poder médico instituído; o segundo, pode ser atribuído ao deficit da relação terapêutica proporcionada pela formação médica autoritária e silenciadora, da qual o compartilhamento de informações lhes escapa à formação e de certa forma, lhes ameaçam a 'neutralidade médica', ao lidarem com situações de fracasso terapêutico e perda iminente (Katz, 1984, p.67).

O que decorre dessas práticas e dessas relações, pode ser evidenciada no cotidiano hospitalar através de situações desiguais e desvantajosas, propiciadoras de sofrimentos adicionais, especialmente aos pacientes. Mediante essas, o paciente institucionalizado parece se utilizar de algumas adequações, necessários à sua passagem pela instituição hospitalar, em garantia de sua breve permanência neste.

As condições da consulta ou do internamento evidenciam esta desigualdade, em princípio, quando traz o médico "vestido, de pé e com gestos livres" e o paciente "nu, deitado, imóvel e silencioso", conforme Boltanski (1989, p.57), e favorece a manipulações físicas e morais, aliando-se assim, à ocupação de papéis e lugares sociais, para a garantia da ordem insitituída e da hierarquia regente das relações objetivas entre esses.

A sensação de dor adquire uma conformação em parte desconhecida pelo paciente a partir da consulta, e se continua no transcorrer do internamento hospitalar, quando a este se somam as investigações diagnósticas, os exames laboratoriais, as intervenções cirúrgicas, os pareceres de outros especialistas, entre os mais rotineiros.

O corpo se contém e refreia a expressão, mesmo sob condições dolorosas, como forma de se adequar às práticas que se inscrevem sobre seu

corpo (muitas vezes dolorosas), levando ao apagamento da expressividade mediante essas ou outras intervenções.

A essa situação de adequação se alia o ritual de introdução à instituição hospitalar, caracterizado pelo processo de desfiguração pessoal por que passa o paciente à sua entrada nessa, quando se despossui transitoriamente de sua imagem e de seus pertences; quando sua identidade passa a ser referida como a “‘gastrectomia’, ‘ao leito 12’ e não ao ‘Senhor José da Silva que se submeterá a uma gastrectomia’”, segundo Rezende (1989, pp.116-7), ou rotulados, conforme Helman (1994, p.80); ou ainda, quando se impõe o cumprimento às normas e à obediência às prescrições, sem que para tal se ofereçam outras possibilidades seguidas de esclarecimento prévio.

As relações entre médicos e pacientes se exprime pela objetividade e pela projeção de papéis, segundo Goffman (1985, p.21), com a finalidade de exercerem “uma exigência moral sobre os outros (...)”. Essas relações, de poder, exprimem “uma rede de normas que instituem dominantes e dominados” (Luz, 1986, p.35), asseguram o exercício profissional, a ordem e a disciplina instituída, na medida em que estes aceitam a hierarquia dela decorrente.

Assim, a dramaturgia social a que Goffman (1985) faz referência, proporciona uma compreensão acerca das relações entre seus principais atores sociais - médicos e pacientes. Segundo essa perspectiva, o cenário hospitalar reflete, entre outras coisas, um palco que se destina ao exercício de tratar o outro, sob a condição deste último se adequar e obedecer as normas de funcionamento institucional, salvaguardadas as distâncias sociais entre estes.

A partir dessa perspectiva, se definem e se cumprem papéis sociais no espaço hospitalar. No que se refere aos médicos, esses papéis se aliam às normas e a hierarquia institucional, garantindo a condução da dor, do sofrimento, da expressividade de seus pacientes e do gerenciamento de seus familiares, na medida que dispõe sobre esses a autoridade do conhecimento científico sobre o corpo, a doença e o doente (Maciel, 1986, p.30). Sobre o

assunto Ribeiro (1993, p.46) acrescenta: “É sempre através do médico que a doença passa a existir e o doente é aceito como tal. Quem se sinta doente e não recorra ao médico, não é considerado um doente, posto que não se classifica a doença e seu portador”.

O cenário que se compõe, favorece o controle sobre a expressividade, levando os pacientes a um certo apagamento e a manifestação da dor “às escondidas”, dado “o impedimento de poder sentir e expressar este sofrimento na ocorrência de doenças” (Pitta, 1990, p.37).

Mesmo diante de uma situação de dor, a expressividade do paciente pode estar circunscrita a uma lógica que escapa à compreensão imediata dos médicos, especialmente quando os primeiros disfarçam, por assim dizer, a dor e apagam a sua expressão.

Os médicos, apreendem a dor e o sofrimento, dentro de um contexto situacional distinto do paciente. Partem de uma objetividade restrita à cientificidade de seus discursos para compreendê-la, sem, no entanto, considerá-la veículo de informação essencial às representações inerentes ao processo de adoecimento de sua clientela alvo.

O despreparo decorrente de uma formação profissional que prima pela excelência do discurso científico, se distancia da “realidade onde deveria exercer sua atividade (...)”, conforme Siqueira (1978, p.87), proporcionando um espaço para que o apagamento da expressividade seja uma constante nesse ambiente, especialmente se esse paciente se encontra numa instituição hospitalar universitária.

A esse distanciamento da realidade imediata dos pacientes, impõe-se uma prática de assistência, essencialmente autoritária, normatizadora e pouco medicalizadora. Medicalização, aqui entendida como a minimização de sofrimentos e padecimentos resultantes da intervenção médica no meio em que se aplicam (Singer, 1988, pp.62-3), proporcionadora de bem-estar.

Para Luz (1986, pp.178-9), o hospital se constitui espaço medicalizador se proporcionar condições “menos extenuantes aos médicos e efetivas

oportunidades de consultas aos pacientes”, através da consecução de uma relação terapêutica eficaz, ao mesmo tempo em que reconhece a inviabilidade desse no modelo hospitalar previdenciário vigente. Essa autora continua mais adiante (1986, p.193) :

“A nível da atenção médica deve se salientar ainda que o modelo hospitalar previdenciário torna paradoxalmente impossível, devido às condições materiais e institucionais em que se dá a consulta médica, uma ‘carreira de paciente’, e esfacela a relação médico-paciente nos seus moldes liberais”.

Em substituição, talvez, à condição em que se dá a assistência médica, se desenvolve um tipo de atendimento apoiado em pareceres especializados ou em exames laboratoriais, os quais, muitas vezes, chegam a proporcionar o adiamento do exame físico ou mesmo a sua secundarização em detrimento aos primeiros.

Sobre esse assunto, Loyola (1984, p.182) e Ferreira (1993, p.63) fazem referência ao exame físico, ou seja, ao contato físico entre o médico e o paciente como essenciais à identificação, no corpo desse último, das alterações fisiológicas ocasionadoras da dor e do sofrimento. A necessidade dos pacientes perpassa pelo reconhecimento da doença em seu corpo. Se a conduta médica se restringir à solicitação de exames complementares sem a devida atenção ao corpo que sofre, esses se ressentem, alegam diferença de classe e buscam outras instituições.

Frente à instituição hospitalar e as condições que se apresentam, o paciente se comporta de forma a dar prosseguimento à ordem instituída e a hierarquia regente das relações sociais. Seu comportamento paulatinamente se

adequa às normas, à medida que têm regulados o funcionamento de seu corpo, seu sono, suas funções eliminatórias, seus medicamentos e refeições (Helman, 1994, p.80), a base de prescrições, proscricões e anotações.

A transitoriedade de sua passagem pelo hospital contribui para a obediência a essa ordem, uma vez sinônimo de resgate à saúde, através de um reduzido espaço de tempo na instituição hospitalar.

Os efeitos instituintes dessa prática transparecem no estar institucional, marcadamente apagado à dor, evidentemente passivo às ordens médicas e norma hospitalar, na sujeição a provocações morais oriunda de alguns profissionais.

Nesse sentido, atribui-se ao desempenho do papel de paciente, um comportamento mantenedor dessas práticas e das relações sociais estabelecidas entre esses e seus médicos - e aqui se poderia incluir os demais profissionais de saúde -, na tentativa de se apreender os motivos desse estar silencioso e apagado na instituição hospitalar.

Esse papel, no entanto, não restringe a expressividade à dor a ponto de interditá-la ou de afastá-la definitivamente do convívio hospitalar, mesmo se constituindo ameaça potencial à eficácia médica e à funcionalidade da instituição. Caso ocorresse, atribuir-se-ia a essa instituição, o caráter "total", do qual Goffman (1992) relata em seus estudos.

Luz (1986, p.181), considera a perspectiva desse espaço, por suas contradições e interesses opostos em jogo, como essencialmente espaço de luta e resistência "às tentativas e propostas de dominação tanto internas quanto oriundas do poder central". Assim, é possível a percepção e apreciação do contexto que se apresenta, por parte dos pacientes, como evidentemente caracterizado por uma luta pela imposição de um poder médico, que se revela pela imposição de uma prática de saúde, sem que dele participem efetivamente (Bourdieu, 1983).

Ao mesmo tempo em que percebem e apreciam essa situação, com evidência suficiente para reconhecerem o lugar que ocupam, reproduzem, num

certo sentido, a posição em que se colocam mediante essas práticas e essas relações, “porque suas ações e suas obras são o produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor e do qual não tem domínio consciente(...)” (Bourdieu, 1983, p.72).

É através da posição passada e presente desses atores nesse espaço, que se reafirmam as distâncias sociais e se exigem condutas que têm por finalidade estratégica o controle sobre o corpo e suas funções, a obediência às normas, a sujeição às intervenções e às manipulações morais em algumas circunstâncias, em garantia ao poder que se institui graças à posse de certo capital simbólico (Bourdieu, 1990, p.63).

Dessa forma o poder médico se cristaliza, sem que se interponha sobre ele uma visão concorrente (oriunda dos pacientes), suficiente para se contrapor às já existentes.

A possibilidade de contraposição por parte desses, para corroborar à perspectiva de Luz (1986), pode ser apreendida a partir da insurgência de alguns pacientes, em algumas situações, às práticas que se instituem.

Nesse sentido, o apagamento da expressividade à dor parece evidenciar uma resposta ao meio e explicar a aparente contradição a que foi referido no início desse capítulo.

O “controle” sobre a expressividade à dor revela o lado insurgente do paciente, quando este apreende a dinâmica de funcionamento institucional - e a interdição à dor por seus profissionais -, as relações de poder instituídas e reconhecem a inexistência de um capital simbólico para se contrapor ao existente, suficiente para fazer respeitar seus direitos de paciente.

A contenção da expressividade à dor surge como meio de contornar os temores advindos de uma doença ameaçadora, da insegurança decorrente de intervenções das quais desconhece os resultados e do receio de terem prolongado os seus dias de sofrimento.

O apagamento da expressividade à dor se dá, apesar de sua existência, e é suportada, de forma obscurecida, pela transitoriedade de sua passagem a nível institucional.

Assim, se suprimem dos médicos informações pertinentes a esse adoecimento, especialmente no que se refere às queixas de dor, o que se encontra de acordo com o relato de alguns profissionais do serviço investigado, assim como da observação no campo.

Essa situação, dentro do contexto hospitalar, merece atenção por constituir uma certa cumplicidade entre médicos e pacientes, numa espécie de *pacto silencioso*.

Os primeiros têm garantido a eficácia de sua prática e reforçado a sua autoridade, tornando o hospital o locus de sua atividade, conforme se pode constatar em Ribeiro (1993, p.27) quando diz:

“A percepção de sua imprescindibilidade social é absoluta, a segurança de sua eficácia quase materializável, a solidariedade entre seus pares intrínseca, a autoridade incontestável e a onipotência, uma de suas características”.

Os segundos, reafirmam essa situação a partir do cumprimento aos papéis e atendimento às normas e prescrições, para assim terem assegurados o resgate à saúde, com um mínimo de sofrimento possível e uma breve permanência hospitalar.

Dessa forma os médicos representam a imprescindibilidade de seus papéis; os pacientes, sujeito de suas ações, referendam o conhecimento desses a partir da reaquisição à saúde e o hospital tem garantido a sua funcionalidade e legitimidade.

Possibilitando-se a compreensão da expressividade à dor a partir das relações sociais instituídas e da ênfase a perspectiva daqueles que sofrem à ação médica (Laplantine, 1991, p.14), se proporciona condições para que essas e as práticas de atenção desenvolvidas sejam revistas, principalmente se estas últimas se dão em uma instituição que visa o ensino e a formação profissional.

Se as práticas de atenção desenvolvidas no hospital universitário não refletem e atendem satisfatoriamente as necessidades de saúde da população - “pois há fatores sociais, econômicos e culturais que determinam essa demanda”(Siqueira, 1978, p.87) -, e não são levados em consideração, especialmente quando da elaboração do perfil de formação profissional, esses interferem na prestação e qualidade de serviços destinado a essa, uma vez distanciar-se da realidade da mesma.

Segundo o autor acima, este diz na mesma página: “(...) a Universidade cria um cenário irreal, artificial e irreproduzível para o desenvolvimento do ensino, como consequência, distanciam-se os objetivos universitários das necessidades comunitárias (...)”.

Esse cenário, de que nos fala o autor, necessita ser revisto e repensado para adequar-se a essa realidade iminente da qual procede sua clientela alvo e assim se constitua verdadeiro espaço medicalizador.

## 2 - A COMPREENSÃO DA EXPRESSIVIDADE À DOR

A expressividade à dor resultante das relações sociais estabelecidas entre profissionais e pacientes no ambiente hospitalar constitui objeto de investigação deste estudo, uma vez apresentar-se contraditoriamente sob interdição a sua manifestação pública.

Decorrente não apenas da tolerabilidade do indivíduo à dor, a expressividade reflete o contexto no qual o indivíduo se insere, ou seja, reflete os valores morais do grupo onde se manifestam as mais diversas expressões para as mais diversificadas situações de vida, e assim comunicam, isto é, veiculam mensagens.

As mensagens de dor veiculadas pelo indivíduo, como qualquer outra, são identificadas por este grupo ao reconhecê-las e associá-las como ameaça à integridade física e emocional deste, recorrendo àqueles cuja formação, reconhecidamente legítima, garantam sua resolução com o objetivo de minimizarem o sofrimento dela decorrente, ou como nos diz oportunamente Minayo (1994, p.177): “ A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”.

Os sinais evidentemente reconhecidos e identificados como característicos a dor, se manifestam a partir de uma variada gama de comportamento, sendo mais frequentes encontrarem-se associados gemidos, choro, expressão facial de sofrimento, postura corporal encurvada, impaciência aparente, reveladas através de certo incômodo ao movimento ou ainda, ao imobilismo, entre outras variedades, conforme Lobato (1992, p.166), e assim comunicam um estar para além do ‘apagamento do corpo’, como refere Breton (1990).

A evidência desta expressividade a nível hospitalar, no entanto, constitui-se mais ou menos ‘apagada’, ou seja, não se apresenta de forma

evidente para aqueles profissionais que se dispõem tratá-la, apresentando-se refreada e eventualmente expressa e comunicada a estes.

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas é um serviço para o qual se encaminham pacientes portadores de patologias cuja sintomatologia predominante se caracteriza pela dor e para a qual se propõem intervenções cirúrgicas como forma de resolução.

Este procedimento terapêutico, ao extirpar a causa da dor inicial através de um processo que a reaguça transitoriamente, proporciona um sofrimento adicional àquele já existente e mesmo que temporariamente, era-se de esperar que estes pacientes, nesta situação particular, expressassem seu sofrimento de uma forma mais evidente neste ambiente.

O que se apreende no entanto, é a manifestação de um sofrimento que se dá às escondidas (e mesmo assim débil em sua expressão), na intimidade do leito, na aproximação com os familiares acompanhantes ou para com aqueles outros que se detenham ao exame mais minucioso e próximo.

A expressividade à dor, nestas condições, requer daqueles que se propõem tratá-la atenção e aguçamento da sensibilidade perceptiva, para que se dê a apreensão de um sofrimento que se mostra apagado.

O presente trabalho apresenta como proposta um estudo que possibilite a compreensão acerca das relações sociais que se estabelecem neste contexto, onde a expressividade à dor e ao sofrimento parece se apresentar sob interdição a nível institucional, notadamente neste serviço de um hospital-escola.

Num segundo momento, se propõe utilizá-lo como instrumento de reflexão a ser desenvolvido no seio do qual estas mesmas práticas se instituem e se reproduzem - através da participação e apresentação deste em foruns e seminários na própria instituição - com o objetivo de propor discussões às classes profissionais de uma maneira geral e em particular à médica, no sentido de se viabilizar uma revisão, a posteriori, de suas práxis cotidianas.

## 2.1 - A ESCOLHA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, notadamente o ambulatório e a enfermaria deste, constituiu o cenário no qual se desenvolveu o presente trabalho, realizado de setembro a dezembro de 1994, com intervalo em janeiro e reinício de fevereiro a março de 1995.

O motivo pelo qual o Hospital das Clínicas foi escolhido para fazer parte deste estudo consistiu no fato do mesmo se constituir hospital-escola, formador de profissionais da área de saúde - representantes legítimos do saber e de suas práticas instituídas - e portanto, repassador de valores e de um tratar que se reproduz extra-muros para outras instituições. Como instância formadora, modelo e exemplo de assistência médica na área, espera-se para além de seus muros - hospitais públicos em geral - a reprodução deste todo institucional.

O Serviço de Cirurgia Geral foi escolhido por apresentar duas características fundamentais à proposta deste trabalho: primeiro, pelo fato da dor se apresentar, na grande maioria dos casos, como a principal queixa dos pacientes deste, passível ou não de expressão para aqueles que a apresentam - em conformidade com o espaço em que se manifesta - e de interpretação por aqueles que se propõem tratá-la.

Em resposta, o serviço se propõe a um tipo de intervenção invasiva, envolvendo incisões mais ou menos extensas, conforme o caso em questão - associado a restrição temporária do corpo por curativos compressivos, colocação de drenos ou coletores que se façam necessários - buscando com isso um tipo de resolução eminentemente dolorosa: ao propor intervenção cirúrgica, definitiva ou paliativa, conforme o caso, propõe-se a erradicação da dor através de um tipo de resolução que impõe restrições ao corpo, reaguçando-a temporariamente, se constituindo um cenário ideal para a observação da expressividade do paciente à dor e ao sofrimento.

A rotatividade de pacientes do serviço em decorrência a brevidade de sua permanência no hospital - uma vez o paciente evolua sem intercorrências outras - , constitui o segundo aspecto 'favorável' desta escolha para este trabalho.

Ao permitir o acompanhamento de um maior número de pacientes em um breve espaço de tempo, esta transitoriedade do trajeto institucional contribui não só para que este seja propiciado, mas parece contribuir para a fugacidade das relações entre estes e seus médicos e à obediência destes às normas prescritas, sem que sobre estas se apresentem reações indicativas de sua expressividade, alvo de interesse deste trabalho.

Uma vez a expressividade à dor se constituir elemento de relevância para a compreensão das relações desenvolvidas entre médicos e pacientes neste serviço e para que tal pudesse ser apreendido efetivamente, o referido estudo restringiu suas observações de campo ao ambulatório e a enfermaria deste. Nestas circunstâncias - desde a entrada do paciente no momento da consulta até seu internamento hospitalar - a participação de seus principais atores sociais permitiam sistematicidade às observações.

As atividades desenvolvidas a nível do bloco cirúrgico e de pequenas cirurgias (a nível ambulatorial) apresentavam alguns impedimentos à observação desta expressividade: no primeiro caso, a expressividade estaria impossibilitada de ser manifesta em função da sedação do paciente, necessários ao ato cirúrgico em si. No segundo, a transitoriedade do paciente no setor impossibilitaria o seu acompanhamento ao longo de sua passagem pelo serviço, uma vez requererem permanência breve (de algumas horas, na maioria das vezes) no próprio local, e de suas queixas se apresentarem variadas, sem necessariamente serem dolorosas.

A observação participante teve início a partir da enfermaria por esta se constituir um local que concentra residentes, doutorandos, nutricionista, assistente social, psicóloga, enfermeiras, residentes de enfermagem, auxiliares de enfermagem e, ocasionalmente, outros profissionais da área de saúde, além

de pacientes e seus respectivos acompanhantes, favorecendo a apreensão da cotidianidade do serviço, do comportamento dos pacientes e de sua expressividade frente à instituição.

Num segundo momento, a observação foi realizada no ambulatório do serviço, constando do acompanhamento das consultas realizadas por alguns residentes, uma vez que nem todos puderam ser observados, dado à incompatibilidade de horários entre estes e a pesquisadora. Neste local podia ser observado desde a marcação da consulta do paciente quanto à consulta propriamente dita e suas intercorrências.

Apesar de certa familiaridade com o serviço e da experiência como profissional de saúde terem facilitado o acesso ao campo, a situação que se apresentava se contituía inovadora e até certo ponto desconhecida.

Assumir o papel de pesquisadora em um ambiente conhecido, implicaria estar presente a uma situação cujo estranhamento ao objeto, essencial para a compreensão deste, far-se-ia a partir de uma outra perspectiva que não àquela até então desenvolvida enquanto profissional de saúde.

Estranhar as relações entre os profissionais e os pacientes, assim como a dor e a reação a ela implicaria ignorar quaisquer justificativas de compreensão técnica para a mesma e tentar vivenciá-la juntamente com o paciente e seus familiares, a partir da perspectiva daquele que sofre e do que esta significaria para ele.

Mediante à perspectiva de introdução de um certo estranhamento à situação como um todo e apesar desta, foi possível realizar um trabalho de campo vivenciado com participação e emoção, na medida em que apreender o sofrimento através da cotidianidade hospitalar se tornou, em muitas ocasiões, dolorosas a ponto de se fazer necessário o afastamento transitório do campo de pesquisa (por alguns dias), para em seguida retomar as atividades.

Distanciar-se do objeto de estudo, exigindo-se “neutralidade” e “parcialidade” do pesquisador como requisito à cientificidade do trabalho que se apresenta, prescinde de sua condição humana, especialmente quando este

se propõe compreender o sofrimento adicional apresentado pelos pacientes de uma instituição hospitalar quando, por ocasião do adoecimento destes, e por estes de certa forma se constituírem proximamente à sua realidade diária.

Assim, este trabalho se constituiu duplamente doloroso - do momento da realização do campo, até a sua redação final - ao mesmo tempo que duplamente oportuno.

Primeiro, por proporcionar compreensão acerca do desenvolvimento das relações sociais entre médicos e pacientes no ambiente hospitalar, especificamente no serviço averiguado. Segundo, por possibilitar a partir desta compreensão, reflexão acerca das práticas institucionais de saúde, notadamente quando estas se desenvolvem em hospital que visa à formação de profissionais.

## 2.2 - O ACESSO AO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O presente estudo teve início a partir da apresentação, em linhas gerais, do projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, inicialmente ao chefe do serviço e em seguida aos professores, residentes e doutorandos do Serviço de Cirurgia Geral, tendo sido aceita sem restrições.

Como todo projeto de pesquisa, foi inquirido pelo sub-chefe do serviço, no momento da apresentação, sobre as propostas e finalidade a que se destinava, tendo sido posto em questionamento a subjetividade do tema a ser observado, uma vez este não se enquadrar nos moldes tradicionais de pesquisa em ciências biológicas, caracteristicamente realizadas pelos profissionais da área de saúde.

O desconhecimento, por estes, acerca das características da pesquisa em ciências sociais e de sua relevância para a compreensão da situação

implícita no projeto, reflete a aparente descredibilidade atribuída a este, alegando-se a impossibilidade quantitativa de avaliação dos dados, considerados eminentemente subjetivos, uma vez não quantificáveis.

Em todo o transcorrer da observação participante neste serviço - realizados na enfermaria, nas visitas médicas, nas reuniões clínicas semanais e no ambulatório - e mesmo durante as entrevistas com os professores, preceptor e residentes, estes se mostraram solícitos, apesar da dificuldade em conciliar horários disponíveis entre estes últimos, devido ao número de suas atividades.

A aparente descredibilidade acima referida, pode ser interpretada como apenas aparente em relação aos residentes, na medida em que se constatava o interesse no resultado desta pesquisa durante o trabalho de campo e, em especial, durante as entrevistas.

Os professores no entanto, limitaram-se à concessão de entrevista e em momento algum se mostraram interessados em seus resultados, o que pode talvez ser apreendido como decorrente da hierarquia estabelecida no serviço, proporcionadora de certo distanciamento destes no convívio com as enfermarias e ambulatório do próprio serviço. Afastados da realidade mais imediata da situação de evidente restrição de recursos oferecidos pela estrutura hospitalar para o desempenho de suas funções, assim como do contato diário com a dor e o sofrimento de seus pacientes a pesquisa pareceu não lhes proporcionar maiores interesses.

As dificuldades de exercício profissional impostas por esta estrutura - deficiências de medicamentos, equipamentos quebrados e sucateados, necessidade de exames de imagem de alta resolução, entre outros - sensibilizam os residentes por se constituírem obstáculo à sua aprendizagem e exercício profissional. Em consequência, retarda-se a estada do paciente no hospital e a resolução de seus problemas, constituindo fonte de desgaste para aqueles que se encarregam de responder pelos mesmos e são cobrados pela chefia do serviço.

O corpo de enfermagem mostrou-se receptivo a proposta deste trabalho, o que pode ser observado a partir das reuniões realizadas inicialmente em cada plantão, quando da apresentação deste.

Os demais profissionais do serviço - psicóloga, assistente social e nutricionista - tiveram informalmente esclarecimentos acerca deste trabalho, mostrando-se receptivos à iniciativa.

O fato da pesquisadora reconhecidamente fazer parte de uma categoria profissional não-médica nesta mesma instituição, parece justificar a receptividade apresentada a este estudo. O trabalho parece constituir forte interesse a estas por apresentar uma proposta de estudo para compreensão do apagamento da expressividade à dor dos pacientes como resultado, entre outras coisas, da apreensão de relações de poder nela refletidas, geradoras de insatisfações e reconhecimento sociais nem sempre evidentes para estas.

### 2.3 - CLIENTELA DO SERVIÇO E SEUS PROFISSIONAIS

A população que frequenta o Serviço de Cirurgia Geral é procedente de bairros da cidade do Recife, assim como de municípios vizinhos do Estado. Têm em comum o baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade - chegando alguns a serem analfabetos -, o que se revela pelo trajar e pela forma como expressam verbalmente suas queixas. São adultos em sua grande maioria e, normalmente, chegam acompanhados para a consulta, principalmente se são idosos.

Fizeram parte do estudo aqueles pacientes que apresentavam queixas de dor crônica - aquela que tem duração superior de quatro a seis meses, conforme Lobato (1992, p.168) -principalmente, e eventualmente os portadores de dor aguda - aquela caracterizada por presença de lesão, irritação química,

estresse tecidual, distensão de vísceras ocas ou de espasmo de vasos musculares, de acordo com o referido autor (idem, p.167) - cuja permanência hospitalar pudesse ser tratada pelos médicos do serviço e acompanhada pela pesquisadora, podendo esta estar ou não associada a outras alterações do trato gastrointestinal, frequentes ao serviço. Têm história de sofrimento mais ou menos prolongado (para os casos de dores crônicas), que se exacerba, tornando necessários a procura de assistência médica, requerendo, após investigação diagnóstica, intervenção cirúrgica imediata ou mediata, conforme a gravidade do caso.

Pacientes cujos casos de dor não se constituíam queixa principal, motivo de internação e intervenção institucional, foram considerados apenas no que diz respeito a sua participação para a composição de um cenário hospitalar mais amplo, em conformidade às normas e regras institucionais e sujeição às ações médicas, à semelhança dos demais pacientes envolvidos na observação.

O Serviço conta com 14 professores, segundo informações colhidas com a secretária da disciplina de Cirurgia Abdominal, distribuídos para as disciplinas de Cirurgia Abdominal e BTCA (Bases e Técnicas de Cirurgia Abdominal), Chefia e Subchefia do Serviço de Cirurgia Geral. Conta ainda com 3 médicos do staff, que desenvolvem preceptoria dos residentes do serviço e com os residentes. Estes, no período em que esta pesquisa foi iniciada, contava com 10 residentes, distribuídos na residência conforme iniciantes ou concluintes deste (R1 a R5).

Todos os profissionais que desenvolviam atividades no serviço fizeram parte deste estudo. No entanto, foi dada ênfase maior aos residentes, preceptores e professores, além do próprio corpo de enfermagem, mais diretamente ligados aos pacientes do serviço. Aos primeiros, em função de seu papel social de nomeador da condição de normalidade ou anormalidade do paciente, e aos últimos, por se constituírem executores das normas

estabelecidas pelos primeiros, diretamente ligadas ao cuidado das funções fisiológicas dos pacientes e da administração de medicamentos.

Atendentes, auxiliares de serviços gerais, copeiras, técnicos de laboratório e de RX, entre outros, fizeram parte da observação, apesar de não se terem constituído foco de atenção deste.

Neste trabalho, a identificação dos residentes segundo à posição ocupada na hierarquia do serviço será realizada quando sua ausência comprometer a compreensão do texto. Nas demais situações, será realizada a sua supressão em garantia ao sigilo de informações por parte destes.

#### 2.4 - ESTUDO DE COMPREENSÃO DA EXPRESSIVIDADE À DOR

Este trabalho teve início em setembro e foi desenvolvido a partir da observação participante, realizado na enfermaria e ambulatório do Serviço de Cirurgia Geral, e nas reuniões clínicas realizado em sala de aula do 3o. andar do Hospital das Clínicas.

O trabalho de campo teve início em setembro e foi realizado na enfermaria. Era realizada em conformidade com a disponibilidade da pesquisadora, chegando a ocorrer nos turnos de manhã e tarde ou ainda, em apenas um destes, diariamente, à exceção de feriados e finais de semana.

O mês de outubro foi destinado ao acompanhamento dos profissionais do serviço no ambulatório. Nesse período, foi possível acompanhar, sistematicamente, alguns residentes e eventualmente, alguns professores, ao final do qual foram realizadas algumas entrevistas com os mesmos.

Os meses de novembro e dezembro se caracterizaram pela continuidade da observação na enfermaria e ambulatório, a realização paralela de entrevistas com os demais residentes e alguns professores.

Ao mesmo tempo a essas atividades, eram realizadas anotações no diário de campo e as transcrições das entrevistas até então realizadas.

As dificuldades referentes à realização das entrevistas foram frequentes com os residentes e alguns professores. Em várias ocasiões as entrevistas foram desmarcadas e em alguns casos não houve comparecimento a esta, conforme agenciamento prévio. Dois residentes e um preceptor ficaram sem ser entrevistados em função de viagens, atividades e incompatibilidade de horários entre estes e a pesquisadora, sem prejuízo ao trabalho.

Os meses de fevereiro e março se caracterizaram pelo retorno à enfermaria para a coleta de entrevista com pacientes com dor e seus acompanhantes. Neste período, alguns residentes e professores também foram entrevistados.

As oscilações quanto aos casos de pacientes internados na enfermaria com queixas de dor, especialmente evidentes associado à brevidade de seu internamento, favoreceram para o reduzido número de entrevistas realizados durante este período, assim como o número de entrevistas com acompanhantes. Aqueles parentes que acompanhavam assistemática e irregularmente os seus internos - dado o revezamento muitas vezes realizados com outros membros da família - não foram considerados na pesquisa. A única acompanhante a responder as entrevistas acompanhava proximamente a paciente, se constituindo informante de valor para esta.

Por "informante válido" subentende-se aqueles que se supõe possuir vivência daquilo que o pesquisador deseja conhecer, conforme Queiroz (1983, p.102). Nesse sentido, os informantes da categoria paciente entrevistados neste trabalho foram escolhidos em conformidade com as questões a serem estudadas, o que, em parte, justifica o reduzido número de entrevistados.

As entrevistas - em número de dezesseis no total, sendo quatro professores do Serviço de Cirurgia Geral; um preceptor dos residentes; seis residentes; quatro pacientes e uma acompanhante - foram realizadas a partir de um roteiro utilizado com a finalidade de guiar os informantes para as questões pertinentes ao estudo e aplicadas a residentes, professores, pacientes e acompanhantes. Segundo Minayo (1994, p.99), o roteiro de

entrevista facilita a apreensão do ponto de vista dos atores sociais envolvidos, uma vez considerá-la “instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’(aspas da autora) que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”, contribuindo para “emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores”(idem) e Queiroz (1983:58-9), ao enfatizar o retorno ao tema quando divagados pelo informante.

Neste roteiro constavam itens que tinham como finalidade avaliar a relação médico/paciente, as formas de atenção médica prestada ao ambiente hospitalar público associada à condição sócio-econômica do paciente; à instituição hospitalar e o tipo de atendimento prestado pelo hospital; e à representação sobre dor/sofrimento e saúde/doença:

- Relação médico/paciente: tendo por finalidade avaliar a qualidade da atenção prestada, a existência de uma relação de confiança e proximidade entre estes, e o nível de esclarecimento médico ao paciente e ao envolvimento deste neste processo.

- Formas de atenção médica hospitalar e a condição sócio-econômica do paciente: tendo por finalidade avaliar as relações de classe e o tipo de assistência prestada a estes.

- Instituição hospitalar e o atendimento prestado: tendo por finalidade avaliar até que ponto as condições de funcionamento do serviço justificaria o tipo de atendimento prestado aos pacientes, no que diz respeito à qualidade da assistência.

- Representação sobre saúde/doença e dor/sofrimento: com a finalidade de avaliar as possíveis e distintas representações por estes dois atores sociais e em decorrência, apreender as repercussões desta sobre o tratar, a escuta terapêutica, o exame físico, o nível de esclarecimento do paciente acerca da doença, da saúde, da dor e sofrimento, conforme coloca Minayo (1994, p.176) quando diz: “ Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o

corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social”, refletindo assim o modelo de prática assistencial hospitalar em vigor aliado às representações populares acerca destas.

A questão relacionada à expressividade dos pacientes foi avaliada através dos discursos dos médicos, contidos nas respostas a entrevista, sem que para isso se fizesse menção específica, a não ser em uma única eventualidade, com um preceptor e um residente.

O referencial teórico adotado neste trabalho visa a proporcionar uma compreensão acerca de como as relações sociais entre médicos e pacientes, estabelecidas em uma instituição hospitalar, favorece ao apagamento da expressividade à dor de seus pacientes.

Cada autor aqui utilizado proporcionou uma leitura particular acerca de temas essenciais à compreensão deste trabalho, dentro de suas áreas de estudo específicas. Em alguns deles sua perspectiva chegou apenas a ser parcialmente adotada, tendo em vista fugirem à proposta de compreensão vislumbrada para este.

Assim, a expressividade dos pacientes do Serviço de Cirurgia Geral pôde ser apreendida a partir da experiência da observação no campo, sua compreensão possibilitada a partir da análise das entrevistas e sua interpretação a partir dos trabalhos de Mauss, Breton, Wolff e Langley e Pitta, no que diz respeito à expressividade de uma maneira geral - e à dor em particular - e a sua interdição na instituição hospitalar; pela teoria goffmaniana de dramaturgia social acerca dos papéis representados pelos seus principais atores sociais e de instituição total; pelas relações de classe e de poder instituídos no espaço hospitalar a partir de Boltanski, Goffman, Luz e Foucault; e, particularmente pela inexistência da categoria “paciente” enquanto classe, assim constituída no espaço hospitalar a partir dos estudos de Bourdieu.

- O interacionismo simbólico, em especial a dramaturgia social de Goffman (1989 e 1992), compõe o quadro teórico aqui utilizado, por considerar o comportamento como resposta direta da atividade e das intenções dos seres

humanos, apreendidas a partir de seus gestos codificados e passíveis de leitura e interpretação.

A perspectiva adotada neste trabalho considera o hospital cenário de representações de papéis sociais. No palco da vida hospitalar se inserem diferentes atores sociais - médicos e pacientes - diferentemente e transitoriamente dispostos nestes, especialmente no que se refere aos últimos.

Enquanto cenário para desenvolvimento de papéis, o ambulatório e a enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, proporcionou a constatação de que nos bastidores destes espaços hierarquicamente ocupados, existe uma relação de poder imbutida na representação de cada papel social em particular, notadamente quando esta se refere àqueles que nela garantem seu exercício profissional.

A intencionalidade das ações se apresenta cotidianamente para os atores, quando estes desempenham concretamente seus papéis, viabilizados a partir do que entendem ser a instituição hospitalar: para os médicos, local de exercício de seu saber e suas práticas, visivelmente marcadas a partir de suas intervenções sobre o corpo; para os pacientes, sujeito destas ações, a obediência às prescrições e normas hospitalares, refletidas diretamente em seu comportamento.

Neste contexto, a expressividade à dor aparece visivelmente apagada, sem se constituir linguagem simbólica, capaz de veicular mensagens que possibilitem compartilhar experiências comuns tanto àqueles que sofrem quanto àqueles que se propõem tratá-los, dentro de uma perspectiva mais humanizada. Ignorando-se a expressividade, relega-se a um plano inferior a influência do meio sobre o adoecimento e a interferência do outro (Haguette;1992, p.28) como resultado deste processo interativo.

- De Goffman (1992) seu estudo sobre 'instituição total' será utilizado por considerá-lo norteador para a compreensão das práticas instituídas e das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes do serviço averiguado.

No entanto, reserva-se a este estudo certas restrições referentes a sua própria definição de instituição total, quando este a confunde como 'lugar' ("... um local de residência e trabalho...") e como um 'sistema de relações' no qual são administradas as necessidades dos pacientes, conforme propõe Albuquerque (1986).

A instituição hospitalar sendo estudada a partir de relações sociais competitivas nela existentes, segundo Albuquerque (1986, p.94), reserva a estas a função repressiva como condição ao exercício profissional institucionalizado e a manutenção de práticas autoritárias necessárias à regulação das relações sociais entre atores coletivos, diferentemente dispostos, comuns a outras instituições, distanciando-a, portanto, da noção "total" proposta pelo autor.

Sob essa perspectiva, a "instituição total" a que se refere Goffman, requer para este estudo em particular uma outra dimensão de instituição que não a total, compreendida a partir da regulação das relações sociais entre coletividades, mais adequada a este estudo.

- A instituição hospitalar, sob a perspectiva de Luz (1986), contribui para uma compreensão de sua estrutura institucional, especificamente a brasileira, como um "conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta - não necessariamente aberta - entre grupos e classes sociais constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico" (1986, p.31).

Ao refletir este espaço como estratégias de sobrevivência à normatização das relações sociais através da obediência à ordem e às normas por ela instituídas, com a finalidade última de garantia de suas práticas através da hegemonia de seus discursos, o discurso institucional, esta autora possibilita a compreensão das relações eminentemente hierarquizadas no espaço hospitalar universitário, marcadamente espaço de luta pelo poder de imposição de visões de mundo.

Estas visões se apresentam relevantes no hospital avaliado neste estudo, pelo fato de servirem de modelo às demais instituições hospitalares, sejam elas públicas ou, quem sabe, privadas.

A autora considera o hospital cenário de contradições e lutas, a partir de uma análise histórica e dialética das instituições (1986, p.27), reconhecendo assim a mutabilidade da conjuntura em que se apresenta. Estas, também aqui constatadas de forma sutil e ocasional, conforme observação em campo e avaliado a partir da reação de alguns pacientes às imposições médicas, quando estes se recusaram à realização de exames dolorosos ou mesmo de se submeterem a incisões cirúrgicas.

A débil expressividade à dor encontrada neste serviço pode, a partir dessa perspectiva, constituir uma forma de reação ou por assim dizer, de resistência dos pacientes ao sofrimento, que se impõe pela intervenção médica, sendo necessário omiti-la para evitar maiores padecimentos. No entanto, a compreensão deste fato não deve ficar atrelada apenas a esse aspecto, uma vez a autora proporcionar uma leitura que, conjuntamente com outras, contribuirão para uma interpretação particularizada acerca do apagamento da expressividade à dor.

- O saber e poder médicos, a partir de Foucault (1979), contribui para situar historicamente a relevância destes, viabilizados a partir de suas práticas e seus discursos, constituindo um modelo de atenção que se reproduz institucionalmente - em especial, neste serviço - favorecendo a confirmação de seus papéis e seus lugares e com isso justificando suas práticas.

A partir desse autor é possível apreender a atualidade do ritual de visitas médicas, quando estas eram então realizadas (Séc.XVIII) e ainda hoje evidenciam a cristalização deste poder, proporcionando uma eficácia prática em seus pacientes quanto a resolutibilidade e credibilidade das mesmas.

O que Foucault deixa de avaliar em seus estudos, e que nesse caso em questão constitui motivo de investigação, diz respeito à contribuição e

repercussão desta prática sobre a expressividade dos pacientes internados mediante à equipe médica.

A condição de desigualdade a que estão sujeitos estes pacientes se confirma a partir deste ritual e reserva a estes o lugar de 'resignados', 'manso' e 'vítima' de que nos fala Antunes (1991, p.163), sem que lhes sejam permitidos - pelo menos, clara e abertamente - o direito à voz durante tais situações.

As justificativas a esta e outras situações de natureza similar podem ser, parcialmente, encontradas no estudo proposto por Pitta (1990), quando esta tenta atribuir aos mecanismos de sublimação compensatória, apresentados pela equipe, a justificativa de proteção necessária àqueles que lidam diariamente com a dor e o sofrimento.

Para essa autora a expressividade é interdita no ambiente hospitalar, constituindo-se dessa forma, a meu ver, contraditoriamente deslocada a função a que inicialmente lhe foi atribuída, segundo a história do hospital relatada por Foucault (1979).

Se a expressão à dor constitui evidente fonte de sofrimento àqueles que lidam com esta e àqueles que padecem suas dores, o hospital aparece mais caracteristicamente situado próximo ao cenário teatral do qual nos fala Goffman (1985), palco de representações de papéis em parte isentos de sua correspondente expressividade, importante apenas como espaço legitimador de práticas sociais.

- Boltanski (1989) proporciona um estudo acerca das relações de classe entre médicos e pacientes como constituídas pela desigualdade social, especialmente quando esta se refere às classes populares. O autor se utiliza da inexistência, pelos pacientes, de "um equipamento lingüístico e, mais particularmente, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos" (1989, p.58), para justificar a relação autoritária, fugaz e distanciada, desenvolvida para com esses pacientes.

Apesar dessa visão configurar o paciente da classe popular como incapaz de reconhecer e apreender as manifestações doentias por que passam o seu corpo e justificar a prática médica autoritária como evidentemente adequada a estes, o autor consegue expor de forma clara a ambigüidade a que a medicina se situa, ao considerar como ameaçadora as representações sobre doença e as formas alternativas, utilizadas pelos pacientes dessa categoria para a resolução de seus problemas.

A concorrência aparente e justificada de outras práticas por essa classe em especial, resulta em um conflito entre o 'letrado' e o 'popular' para os médicos, do qual a hegemonia do discurso e de suas práticas constituem o alvo de atenção e de preservação, justificando assim o discurso hermético e lacunar a que submetem os seus pacientes.

Duarte (1987, p.4) ressalta a convivência com a "crença ou os recursos a inúmeras outras ordens de significado e de resposta à aflição" pelas classes populares como diluídas frente à medicina, visto esta se beneficiar de recursos diagnósticos e terapêuticos precisos, no qual a expectativa dos pacientes repousam, proporcionando eficácia garantida de suas práticas de atenção, evidentemente ameaçadas com a reconstrução do discurso médico por estes últimos.

A estratégia utilizada pelo médico diante de seu paciente e em função de sua classe social, apresentada por Boltanski, tem por finalidade a definição de sua posição, na medida em que impõe ao doente a sua autoridade, desapropria-lhes de seu corpo, suas sensações e sua doença, fazendo reconhecer sua "vontade todo-poderosa" (Boltanski, 1989, p.52), conduzindo os pacientes a se comportarem de acordo com estas.

- A posição ocupada pelos pacientes no ambiente hospitalar, as relações objetivas instituídas e as distâncias sociais dela decorrentes podem ser melhor compreendidas a partir de Bourdieu (1983 e 1990).

Este parte do princípio de que a prática social é resultado da apreensão, percepção e ação dos atores sociais, que tendem a reconhecer o mundo como

evidente a partir da interiorização das estruturas deste e assim se posicionam diante das desigualdades nele existentes. A posse de um capital simbólico define a posição e as distâncias sociais de seus atores no meio em que se inscrevem, na medida em que se impõem e se fazem reconhecer.

O poder simbólico assim instituído, “o poder de fazer grupos (...)”, está baseado na posse deste capital e do “poder de impor às outras mentes uma visão, antiga ou nova, das divisões sociais”(Bourdieu,1990, p.166), proporcionando a compreensão sobre a inexistência da classe ‘paciente’ enquanto grupo constituído de direitos, no ambiente hospitalar.

A abrangência do estudo de Bourdieu, no entanto, possibilita apenas parcialmente a compreensão acerca da inexistência da categoria ‘paciente’ enquanto grupo capaz de contrapor uma visão de mundo diferentemente daquela que lhe foi apresentada pelos médicos.

Esta parece exigir, para além deste referencial, questões inerentes à transitoriedade do paciente na instituição hospitalar como variável a ser considerada na avaliação do apagamento da expressividade à dor, sem no entanto limitar-se a ela.

A expressividade, de uma maneira geral, pode ser apreendida a partir de Wolff e Langley (1977), Mauss (1979), Rodrigues (1980) e Breton (1991) e, especificamente, sobre a dor e o sofrimento em Pitta (1990).

Os autores consideram a expressividade resultante de uma simbólica social e portanto, como uma forma de linguagem codificada.

- Breton (1991) em particular, conduz seus estudos sobre o corpo referindo-se a este como resultado de apreensões de significados ao longo do processo de desenvolvimento do sujeito social e se refere ao ‘apagamento’ a que está sujeita a expressividade em sua cotidianidade.

O que o autor parece entender por “apagamento” da expressão para fatos corriqueiros do dia-a-dia merece ser reavaliado para nossa cultura em particular, uma vez que esta expressão deve ser visivelmente apreendida. O que chama atenção, no entanto, é o apagamento desta expressividade frente a

situações que a exijam, mesmo que se manifeste em diferentes proporções e sejam consideradas as diferenças individuais no que diz respeito à dor e ao sofrimento.

Parece de certa forma contraditório o controle e a interdição institucionalizada da expressividade à dor, quando esta se mostra relevante para a equipe que se propõem tratá-la, uma vez apreenderem a partir dela as sensações de desconforto por que passam seus pacientes.

Essa contradição aparente necessita compreensão, na medida em que os fatores que a determinam se apresentam intrinsecamente ligados a uma rede de relações do qual fazem parte médicos e pacientes.

### 3 - O APAGAMENTO DO “ESTAR INSTITUCIONAL”

O encontro com o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, deu-se inicialmente na qualidade de professora de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco há alguns anos atrás. Posteriormente este veio a se constituir objeto de investigação, por ocasião do desenvolvimento desta dissertação.

Daquele momento inicial em que as atividades profissionais de fisioterapia se realizavam até o momento em que esta pesquisa passou a ser desenvolvida no local, nenhum contato foi estabelecido, a não ser para a realização da pesquisa de campo, o que veio a se configurar anos após.

O atendimento fisioterápico como qualquer outro tipo de atendimento prestado por profissional não-médico na instituição hospitalar pública especificamente, é formalmente realizada a partir das solicitações médicas.

Uma vez iniciado o tratamento, sua conclusão se dava, naquele setor em especial, não tanto pelo resultado da ação prática do profissional solicitado, mas antes pela alta médica hospitalar desse mesmo paciente, sem a consulta prévia daquele profissional, anteriormente solicitado pelo corpo médico do serviço ou mesmo, sem maiores ou nenhum esclarecimento. Muitas foram as ocasiões em que esta profissional se defrontou com a ausência dos pacientes no hospital, por ocasião prévia e não comunicada de sua alta, sequer da solicitação de suspensão destes atendimentos por esta mesma equipe.

O Serviço de Cirurgia Geral chamava atenção para a indiferença e aparente insensibilidade com que esses profissionais tratavam os seus pacientes, no que dizia respeito ao acesso a informações, pertinentes à própria condição do doente, ao incômodo proporcionado pela experiência de dor destes últimos, decorrentes não apenas do processo patológico em si, mas da própria intervenção cirúrgica, além do “descaso médico”(ênfase minha) com

que eram tratados os pacientes, reconhecidamente incuráveis do ponto de vista cirúrgico.

Aqueles pacientes expressivos, considerados “poliqueixosos” pela equipe e por isso geradores de constrangimentos, eram motivo de irritações por parte da equipe e em parte segregados dos demais.

Este serviço, notadamente se apresenta permeado por relações marcadamente hierarquizadas, o que se pode observar não apenas em relação à classe médica, mas entre esta e os médicos que realizam o atendimento clínico (nas suas mais diversas especialidades), entre os demais profissionais que constituem o serviço, assim como entre estes e os pacientes, segundo o papel que lhe é esperado .

O acesso oficial ao Serviço de Cirurgia Geral para a realização da pesquisa de campo, foi dado a partir de uma conversa com o chefe do serviço e, posteriormente, da apresentação breve e objetiva do projeto desta dissertação aos professores, residentes e doutorandos, durante a reunião clínica semanal, realizada às quinta-feiras, após a visita médica da manhã.

Essa reunião é realizada em uma sala de aula ampla (no 3o. andar do hospital) com ar condicionado, carteiras, quadro negro, negatoscópios, e retroprojektor. Seu acesso é restrito a aulas ou a reuniões clínicas do curso médico. Há a primeira e segunda fileiras de carteiras ocupadas pelos professores da disciplina normalmente, seguidos dispersamente dos residentes nas intermediárias e, às vezes, na última fileira, onde também se encontram os doutorandos da disciplina de cirurgia abdominal.

Após uma exposição breve, dada à exigüidade do tempo proporcionada para a mesma em função de sua utilização para com os assuntos pertinentes ao grupo, seguiu-se um interrogatório por parte do vice-coordenador do curso, o qual pôs em questionamento a relevância que um estudo de tal natureza poderia proporcionar às ciências positivas, dada as suas características eminentemente subjetivas.

Apesar dessas considerações, a proposta deste trabalho foi aceita pelo vice-coordenador e extensivamente pela sua equipe, apesar de contar com a aparente descredibilidade não só deste, como de seu grupo.

Os demais presentes, acompanhavam silenciosamente a apresentação e os questionamentos, sem se posicionarem. O clima era um pouco tenso, na medida em que deixavam transparecer certa inquietação pela passagem do tempo, principalmente se este era utilizado com assuntos que não lhes diziam respeito diretamente.

A pesquisa de campo teve início na enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, cenário principal das ações terapêuticas e das interações entre os atores envolvidos e foi realizada a partir da observação participante.

Esse local foi escolhido por possibilitar uma maior aproximação entre os profissionais que tratavam diretamente dos pacientes na prática diária, propiciando a apreensão, in loco, das relações, ações e reações dos atores em pleno desempenho de seus papéis e suas funções, além de facilitar a familiarização destes para com a pesquisadora, minimizando as diferenças e o estranhamento advindos de uma observação sistemática.

De certa forma, os residentes não me consideravam de todo estranha ao serviço, uma vez que sabiam que era, assim como eles, profissional da área de saúde, o que em algumas situações, me propiciou mais facilmente o acesso a certas situações de observação que talvez não pudessem tão facilmente ser conseguidas por pesquisadores com outra formação.

Em algumas passagens da observação no campo, foram feitas referências a minha situação como profissional da área ao paciente, na tentativa de minimizar as sensações de desconforto geradas pela situação de consulta ou de exame físico.

A pesquisadora também se apresentou previamente ao início do trabalho a enfermeira chefe da enfermaria e seus auxiliares de enfermagem, em seus dois turnos e plantões (manhã e tarde), no sentido de assim minimizar as

interrogações e os olhares de estranhamento que por acaso viessem a ocorrer com a presença constante desta no local. A receptividade foi boa e foram poucos os questionamentos a respeito da pesquisa.

### 3.1 - O HOSPITAL DAS CLÍNICAS

O Hospital das Clínicas é um hospital universitário, portanto, tem sua orientação voltada simultaneamente ao ensino e à assistência à comunidade.

Na sua grande maioria atende a população de baixo poder aquisitivo, procedente das proximidades e cidades vizinhas do Estado e, algumas vezes, de outros Estados.

O acesso ao hospital é feito através de ônibus que fazem a linha local, para aqueles que residem em bairros relativamente próximos, de ambulância (das prefeituras) para aqueles pacientes procedentes de cidades do interior do Estado e menos frequentemente de táxis ou veículos particulares .

O movimento durante todo o dia no hospital é grande, principalmente no expediente da manhã. Com a chegada das ambulâncias das prefeituras de cidades vizinhas, uma grande quantidade de pessoas dão entrada no hospital, portando suas queixas e dores, e dirigindo-se, sem muito conhecimento acerca da estrutura do mesmo, ao Serviço de Atendimento Médico Estatístico (SAME), ao Serviço Social, às suas clínicas, laboratórios, salas de exames, entre outros.

A clientela é constituída por pessoas de baixo poder aquisitivo, na maioria das vezes sem formação escolar ou com formação mínima, e em uma menor proporção, por pessoas com um certo grau de instrução. Vêm acompanhados de familiares, principalmente se o paciente é idoso ou criança. Vestem-se humildemente, com roupas desgastadas pelo tempo, portando

algumas vezes, sandálias nos pés, diferenciando-se daqueles que destinam mais atenção à aparência física e que portam roupas em outras condições.

Normalmente são encaminhados ao Hospital das Clínicas, que é tido como ponto de referência e o local exato para a resolução de problemas que não conseguiram ser solucionados, eficazmente, em seus locais de procedência.

Desconhecem o funcionamento do hospital e para onde se dirigirem na maioria das vezes. Peregrinam por todo o hospital, com informações muitas vezes desencontradas, de forma que levam algum tempo para chegarem ao local desejado. Estes acontecimentos são comuns para aqueles pacientes procedentes das cidades do interior do Estado e, mesmo, dos bairros próximos.

Na grande maioria dos casos chegam sem se alimentar, para que estejam em condições de realizarem exames que exigem o jejum e assim passam a manhã inteira, esperando para serem atendidos e entrando, muitas vezes, para o expediente da tarde, por falta de condições do serviço no que concerne ao atendimento pela manhã. Ocorre também não conseguirem marcar suas consultas para o mesmo dia e assim retornam ao local próximo à ambulância, à espera dos demais para que estes retornem de suas consultas e exames, e assim voltem todos juntos para o seu local de procedência, ao final da tarde.

As atividades desenvolvidas no Hospital das Clínicas estão diretamente ligadas ao ensino. Assim, é rotina o paciente entrar em contato inicial e direto com os doutorandos, que durante a sua formação acadêmica passam a desenvolver atividades assistenciais a população sob a orientação de residentes do serviço e a supervisão dos professores das disciplinas em questão.

Faz parte das atividades docentes desenvolvidas no hospital, a simultaneidade de atendimento clínico e aula prática, de forma que é comum se encontrar no ambulatório, a presença de estudantes que se dispõem na sala de

exames , entre o professor (ou residentes) e o paciente em questão, o que gera certo constrangimento a este último, que se vê diante de pessoas que desconhece e que não lhe são apresentadas ou mesmo justificada a sua presença, na maior parte dos casos.

### 3.2 - O SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas tem suas atividades desenvolvidas a níveis ambulatorial e de enfermaria, assim como, em bloco cirúrgico e pequenas cirurgias (realizados ambulatorialmente).

O ambulatório é localizado no andar térreo do hospital, ocupando uma área que porta seis consultórios para atendimento, ocupados pelos residentes de cirurgia e de doutorandos do curso de medicina, que se encontram no último ano do curso (décimo primeiro e décimo segundo períodos). Estes, têm suas atividades supervisionadas diretamente por alguns professores que fazem ambulatório de forma sistemática , por aqueles que o fazem por ocasião de uma aula teórica no próprio local ou ainda, por aqueles que, simplesmente, passam pelo serviço sem se deterem em permanecer por um maior espaço de tempo.

A enfermaria, localizada no sexto andar do hospital, ocupa toda a ala Norte. Possui 12 quartos, portando uma média de três a quatro leitos por quarto, rotineiramente ocupados em quase toda a sua totalidade . Possui um posto de enfermagem no centro do corredor, para onde se dirigem tanto os profissionais de saúde, quanto pacientes, acompanhantes e visitas, entre outros; nesse local se encontram os prontuários, requisição de exames e se desenvolvem a preparação de medicamentos, troca de roupa e uma série de outras atividades.

É nesse local que se encontram as enfermeiras chefes da ala, em número de duas no expediente da manhã, seguidas das auxiliares de enfermagem, em número um pouco maior (três ou quatro), dependendo do plantão e das folgas do serviço. Nos plantões da tarde e da noite existe apenas uma enfermeira para cada turno.

O bloco cirúrgico está localizado no quinto andar do hospital e tem seu horário de utilização programado previamente, para que assim possa atender a todas as especialidades médicas. O bloco cirúrgico funciona nas manhãs de segunda, terça, quarta e sexta-feiras e as tardes de segundas, terças, quintas e sextas-feiras para o Serviço de Cirurgia Geral.

O ambulatório de pequenas cirurgias se localiza no andar térreo do hospital e para lá são destinados casos cuja intervenção não requer internamento, necessitando apenas de um repouso transitório para recuperação da anestesia. Para lá se encaminham pacientes de alta hospitalar que requerem renovação diária de curativos, normalmente quando estes, por infecção, não conseguiram fechar a cicatriz cirúrgica, em tempo hábil, durante o internamento.

A marcação dos pacientes é feita durante a consulta médica ambulatorial. O ambulatório de pequenas cirurgias funciona todos os dias pela manhã e à tarde.

### 3.2.1 - Constituição do Serviço de Cirurgia Geral

O Serviço de Cirurgia Geral é constituído pelas disciplinas de Cirurgia Abdominal e Bases e Técnicas de Cirurgia Abdominal (BTCA), além da especialidade médica Proctologia.

É constituída pela chefia do Serviço de Cirurgia Geral e por uma sub-chefia, representada por professores, no qual todas as atividades estão ligadas. Estes professores também ocupam o cargo de coordenador e vice-coordenador da disciplina de Cirurgia Abdominal respectivamente.

Os demais professores, em número de doze, estão distribuídos nas disciplinas acima relatadas.

Além do corpo docente, faz parte deste três preceptores (todos ex-residentes) que desenvolvem suas atividades no serviço e se encontram imediatamente abaixo dos professores, em termos da escala hierárquica. Todos eles transferiram seus vínculos com o Estado para o Hospital das Clínicas.

Estes assumem a condução das visitas diárias à enfermaria na ausência dos professores, bem como qualquer tipo de problema por que esteja passando o serviço. Os residentes a eles recorrem e lhes devem acatar todas as recomendações e determinações.

Comportam-se de forma semelhante aos professores na passagem da visita, ao reproduzir desde a discussão acerca do caso, o interrogatório sobre o conhecimento técnico do assunto aos presentes à reunião, até as repreensões devidas pelo não cumprimento das atividades previstas anteriormente para o paciente que, por dificuldades de execução, não puderam ser realizadas.

Numa passagem pelo ambulatório, o comportamento de um deles foi relevante. Estando próximo a um paciente que voltava ao serviço para revisão de sua cirurgia recente (dias antes), não o reconheceu, frente a um doutorando que trazia informações sobre o mesmo. Este (o preceptor) perguntou de quem se tratava aquelas informações, estando ambos próximos ao referido paciente.

Em seu relato, tal tipo de comportamento é explicado numa passagem sobre a relação terapêutica:

*“ No hospital como o Hospital das Clínicas, ela é deficitária, tá certo? é... a... a... a estrutura é bem melhor, eu acho que é um hospital onde o serviço de*

*cirurgia tem uma condição melhor de se relacionar com o doente, mas acho que ainda, no meu caso específico, eu tenho um tipo de postura em relação ... eu aqui no Hospital das Clínicas não sou a pessoa que dá direta assistência pro doente né? tem o residente, tem o doutorando, tem o grupo de médicos na minha frente, assim... diretamente ligada ao doente, apesar da gente ter o doente da gente. Mas eu acho que isso aí faz com que a gente não tenha tanto contato, assim, aproximar-se do doente é ... do ponto de vista de conhecer a vida dele e de saber melhor o... o problema dele. ” (BA, preceptor do serviço )*

O Serviço oferece residência médica em cirurgia geral e tem duração média de dois anos. Com frequência, os residentes estendem este ao prestarem concurso de residência no final deste prazo, no sentido de agora escolherem uma especialização dentro da área de cirurgia geral, o que prolonga a sua permanência por mais dois ou três anos no serviço. São designados de R1, R2 em diante até R5, conforme o seu estágio na residência.

No momento desta pesquisa, o serviço contava com 10 residentes, diferentemente distribuídos em termos de atividade e tempo no serviço, sendo o R5 o mais velho na escala hierárquica. Estes, seguem de forma semelhante a hierarquia instituída, segundo a posição que ocupam na residência do serviço, devendo os mais novos acatarem as determinações dos mais antigos.

Os residentes mais antigos assumem a condução da visita quando na ausência de professores ou dos preceptores e nesta condição normalmente reproduzem o ritual de disciplina e hierarquia característicos do serviço. As divergências de opiniões quanto à condução de alguns casos podem ocorrer partindo dos residentes mais novos em relação aos mais antigos, o que é vivido de forma tensa e sentida como desrespeitosa, quando colocada de forma frontal e arrogante pelo residente mais novo.

Situação deste tipo ocorreu entre uma residente R2 e o residente mais antigo, em meio ao corredor da enfermaria e na presença de residentes,

doutorandos e pacientes que passavam pelo local. O residente antigo chamou à atenção a residente mais nova pela forma desrespeitosa e agressiva com que esta discordava de sua conduta, fazendo referência à questão hierárquica. Esta (a residente R2) pareceu não atribuir qualquer reverência à hierarquia e retirou-se do local, sob a indignação do residente mais velho.

Os residentes mais antigos do serviço respondem pelas falhas procedentes dos mais novos, os quais as repassa imediata ou posteriormente a estes, repreendendo-os severamente.

Os doutorandos, alunos do último ano do curso de medicina, são distribuídos por grupos de 10 a 12 alunos que se rodiziam após o cumprimento de cerca de 275 horas, com atividades de segunda a sexta-feira, perfazendo um total de 8 horas diárias. No final de semana cumprem mais 4 horas de atividades, distribuídas na enfermaria em esquema de rodízio. A permanência média por grupo é em torno de aproximadamente quarenta e cinco dias, após o qual serão substituídos por outro grupo e reiniciado o processo.

O Serviço de Cirurgia Geral recebe alunos da disciplina de Cirurgia Abdominal (alunos do penúltimo ano do curso), em número pequeno e estes também participam das visitas diárias e ambulatório, onde os professores da disciplina dão aulas, fazem seminários e discutem casos durante o atendimento ambulatorial.

Nestas exibem “os casos” que melhor se adequem ao propósito da aula, expondo os pacientes a olhares e palpitações muitas vezes dolorosas, sob a indiferença daqueles que, por sede de saber, ignoram as condições destes.

Em uma dessas ocasiões, pude presenciar a vinda de uma paciente idosa (acompanhada de sua filha) ao ambulatório para participar de uma “palestra”, segundo ela, com um professor do serviço.

Segundo a mesma, esta foi chamada de volta ao serviço para este encontro, do qual nenhum detalhe ou explicações lhe haviam sido expostos. Compareceu ao serviço de forma contrariada e desejando que o professor fosse breve, pois não gostaria de ficar à disposição do mesmo por muito tempo.

Ao ser interrogada, comunicou que havia sido chamada pelo serviço para a ele apresentar-se naquela presente data e horário e assim compareceu. Segundo relato da mesma, há cerca de 20 anos atrás submeteu-se a uma situação semelhante em um outro hospital escola e sua experiência pareceu não ter sido muito agradável, de forma que era com certo constrangimento e desconfiança que comparecia a este encontro.

Em uma outra passagem, com esse mesmo professor, uma paciente que retornava ao serviço para reavaliação de sua cirurgia, passou por uma situação semelhante diante de alunos.

O professor colocava, após as explicações iniciais do residente, que a paciente estava boa e liberada para retornar às suas atividades normais, sem no entanto dispensá-la. Esta permaneceu em silêncio e sentada, de cabeça baixa, aguardando que ele o fizesse. Em seguida, o professor continuou a discussão com os alunos sobre um dado assunto (estimulando-os a se posicionarem), o que aconteceu por mais ou menos dez minutos. Nenhuma palavra foi dirigida à paciente e sua presença aparentemente ignorada. Depois de algum tempo, o professor atentou para a permanência da paciente e com certo “ar de surpresa” lhe dirigiu a palavra, dizendo: ‘você ainda está aí ?’, dispensando-a logo em seguida. A paciente sentiu-se aliviada e saiu sem nada dizer.

Além dos residentes e doutorandos diretamente ligados ao atendimento, o ambulatório consta de duas atendentes permanentes e de pessoal de apoio, cuja atividade se limita a atividades de limpeza no final do expediente da tarde. Estas últimas são prestadoras de serviço através de firma contratada pelo hospital, de forma que não estão vinculadas ao mesmo.

Uma das atendentes é responsável pela marcação das consultas médicas e permanece no balcão de marcação, à entrada do ambulatório. Desenvolve precariamente suas atividades, criando situações que vão desde a marcação de pacientes que não tem indicação ao serviço até discussão com pacientes, atendendo-os de forma desinformativa e desrespeitosa, gerando

certo mal-estar no serviço, o que é amenizado pela outra atendente que faz parte do mesmo.

Os pacientes se ressentem pelo mau atendimento e, muitas vezes, o expressam verbalmente para a outra atendente, que tenta amenizar a situação resolvendo a situação de conflito. Esta reconhece, quando conversamos, a dificuldade que tem em trabalhar com a colega de serviço e a situação de desvantagem do paciente.

Esta atendente, responsável pela ordenação de chegada dos pacientes ao ambulatório, apresenta-se disponível no acesso ao mesmo, prestando-lhes informações e repassando-lhes orientações sobre a preparação para o exame proctológico. Está diretamente ligada ao médico, tendo-lhe fácil acesso e tem por função auxiliar o residente nos procedimentos de curativos e exames.

Seu comportamento reflete certa autoridade frente ao paciente, de forma que em certas ocasiões chama atenção do paciente quando este comete alguma falha ou chega atrasado ao serviço. É falante e tem o hábito de fazer comentários acerca da forma de trabalhar de residentes, doutorandos e professores, enumerando-lhes qualidades e defeitos, segundo sua perspectiva pessoal do que seja realizar ambulatório.

Seus critérios de avaliação dizem respeito à eficiência profissional em atender com brevidade, dinamizando o atendimento e a organização do profissional, taxando-os de organizados ou desorganizados conforme preservem a disposição de todos os materiais utilizados durante as atividades. Faz referência à personalidade autoritária de certos profissionais em lidar com situações que a requeiram como qualidade médica e assim sob este modelo parece comportar-se frente aos pacientes no serviço.

Outros profissionais participam do serviço como, enfermeiros, anestesistas (ou outros especialistas conforme a necessidade dos pacientes), assistente social, psicóloga, fisioterapeutas, nutricionista, técnicos de laboratório entre os mais frequentes na enfermaria.

A psicóloga desenvolve o acompanhamento dos pacientes do serviço com certa dificuldade. A equipe ao mesmo tempo em que encaminha alguns casos que requerem mais atenção (e quando não apresentam um andamento conforme o previsto pela mesma - a equipe), solicita o acompanhamento da profissional, questionam a eficácia da mesma, o que é visível durante as discussões na reunião médica.

Esta é solicitada pela equipe para tarefas as mais árduas e dolorosas possível: a incubência de preparar o paciente e/ou seus familiares para recepção de revelações nem sempre agradáveis de serem ouvidas, tais como o diagnóstico de uma doença incurável e irreparável cirurgicamente, ou mesmo, a preparação do paciente para que este aceite com certa tranquilidade o convívio com uma patologia limitante e incapacitante, preparando-os para a realidade fora da instituição.

Algo desta natureza aconteceu com o caso de um jovem estudante universitário cujos dias se encontravam contados, dado a severidade do mesmo. Os residentes alegam que não têm coragem ou jeito para o fazerem e assim repassam a um outro profissional a dura tarefa da comunicação, isentando-se da mesma.

Um paciente, relata sua impressão desta profissional quando por ocasião de seu contato com a mesma, sobre o impacto do resultado de seu exame:

*“ Quando eu menos espero chega uma... uma psicóloga lá, DA, o nome dela e ela disse bem assim: ‘olhe, eu vim aqui pra conversar com você pra saber de seu resultado e tal’. Eu achei meio estranha que ela tivesse tão inteirada do que tivesse acontecendo... ‘mas olhe, o senhor até agora conseguiu manter essa doença compensada,então não vai mudar nada,a vida vai continuar a mesma coisa’... eu digo: tudo bom, muito bem, então me diga uma coisa, quem lhe contou? ela não quis dizer não. Mas foi dr. CF , que lhe contou.” ( FV, ex-interno )*

A assistente social desenvolve suas atividades com certa dificuldade, em alguns momentos. Há situações em que esta desconhece os pacientes recém-chegados ao internamento, principalmente daqueles que são admitidos no serviço fora de seu horário de trabalho, de forma que é com certa frequência que se queixa sutilmente ao chefe do serviço durante uma ocasião na visita, o que gera desconforto entre os residentes e a mesma. Esta profissional, entre outras atividades, proporciona intercâmbio entre médicos e pacientes sempre que se faça necessário a sua intervenção.

A nutricionista passa a visita diariamente na enfermaria. Observa as prescrições das dietas dos pacientes e oportunamente, se dirige ao próprio paciente, sempre que necessário. Recebe constantes e frequentes reclamações acerca da qualidade da comida oferecida pelo hospital e tenta, na medida do possível, contornar a situação. Refere algumas queixas em relação ao corpo médico, especificamente a determinado professor do serviço, considerando-o a-ético quando este tece comentários profissionais a seu respeito e em sua ausência desqualifica o seu trabalho.

Os demais profissionais, fisioterapeutas ou outros especialistas, são profissionais que se dirigem ao serviço quando solicitados, tendo a sua presença maior ou menor em função das necessidades.

Além destes, a ala norte ainda conta com a participação de um auxiliar de serviços gerais. Este tem a tarefa de transportar pacientes para o encaminhamento de exames complementares, pegar medicamentos ou materiais da esterilização, roupas de quarto e outros, assim como duas profissionais de serviços gerais, que cuidam da limpeza periódica da enfermaria. As copeiras são presença constante ao longo do dia e das refeições dos pacientes, encarregando-se da distribuição da dieta.

As enfermeiras têm sua atividade direcionada a questões eminentemente burocráticas, sendo ocasionalmente desenvolvidas atividades assistenciais pelas mesmas.

São elas que administram a enfermaria, distribuem os pacientes nos leitos, encaminham solicitação de exames, materiais os mais variados possíveis para os diversos locais, encaminham pacientes para a realização de exames no próprio hospital e fora dele, além de tentarem fazer funcionar um serviço com tanta carência de recursos, o que naturalmente as desgastam, assim como os demais profissionais que dependem destes para que seu trabalho possa trazer benefício aos pacientes . Quando não conseguem, recebem queixas dos residentes e doutorandos, que já os recebem de seus professores e assim segue em escala decrescente da hierarquia.

O serviço desenvolvido pelos auxiliares de enfermagem são designados pela enfermeira, de forma que cada profissional fica responsável por uma quantidade de pacientes, de acordo com o número de leitos ocupados na enfermaria e o número de auxiliares disponíveis para tomar conta. Estes, limitam-se à administração de cuidados de enfermagem, administração de medicamentos e troca de roupa de cama, de forma que assim que se “desocupam” se dirigem para o posto de enfermagem, sentam-se e conversam.

De uma maneira geral não costumam conversar ou demonstrar mais atenção aos pacientes, limitando-se na maior parte das vezes, a executarem suas atividades sem muito envolvimento.

Não costumam dar explicações do que fazem ou de repassarem os dados vitais (valores da pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória) aos pacientes, que parecem aguardar silenciosamente e em alguns casos chegam a solicitá-los, podendo ou não serem atendidos. Sobre estas informações, uma paciente coloca suas dificuldades de acomodação à instituição hospitalar quanto a sua supressão pelo corpo de enfermagem:

*“ ... vai tirar a temperatura também, eu fico querendo saber e elas não chegam pra dizer... não conta. Eu é que sempre procuro vê como é que tá.”(LF, paciente do serviço)*

E continua sua queixa acerca do trabalho desenvolvido e pelas auxiliares de enfermagem:

*“ ... o que eu acho é que, a questão da quantidade de pessoa na área de saúde né? principalmente nessa área de atendimento, que seriam as auxiliares, elas fazem um trabalho muito técnico né? eu acho que deveria ser bem maior, ainda é muito pouco.”*  
(LF, paciente do serviço )

Os pacientes que solicitam os serviços destes neste período, normalmente são orientados para esperar um pouco, o que muitas vezes é motivo de revolta e desagrado deles, que não se sentem atendidos em suas necessidades e dores. Segundo o relato de uma acompanhante, tal tipo de conduta leva a um retraimento por parte do paciente, que se ressentido de solicitar ajuda:

*“ Então quando ela começa a sentir falta ( se refere ao medicamento da paciente ), eu corro e vou pedir. ‘Peraí, já vou dar! Vá lá ficar no leito.’ Mas é uma coisa que ela não fica a vontade. Agora tem umas meninas que dão. Eu não preciso nem eu pedir, que a enfermeira chega: ‘Aqui está o comprimido da senhora.’(...). Ela se sente feliz também quando elas chegam na hora, quando elas demoram ela já fica reclamando.”* ( H, acompanhante)

As copeiras servem as refeições e lanches aos pacientes. Durante tal atividade, é comum conversarem rapidamente com eles e perguntarem sobre seu estado de saúde.

As profissionais da limpeza têm suas atividades constantemente interrompidas pela entrada e saída constante dos profissionais que prestam assistência aos pacientes em seus quartos, de forma que naturalmente param

e esperam que estes terminem para darem prosseguimento ao seu. Estão atentas a tudo que ocorre na enfermaria e nos momentos em que param de trabalhar, pela interrupção, observam atentamente tudo que está sendo feito ou dito ao paciente. Não é muito comum estabelecerem um diálogo com os pacientes, apesar de o fazerem esporadicamente.

Os auxiliares de serviços gerais circulam pela enfermaria e fora dela, conduzindo pacientes para exames, materiais de limpeza e medicamentos, além de outros procedimentos rotineiros da enfermaria. Um deles é bastante popular e conversa com os pacientes e seus acompanhantes com frequência, assim como com os demais profissionais, de forma que os chama por “doutor” ou “doutora” com frequência, por desconhecimento de seus nomes. A rotatividade de residentes e de doutorandos, parece contribuir para este tipo de fato.

### 3.2.2 - O Ambulatório

O ambulatório constitui a porta de entrada ao serviço de Cirurgia Geral. Este pode ser dado através do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) ou de outras clínicas, por encaminhamento.

É rotina do serviço atenderem a todos os pacientes que lhes chegam com dor, principalmente se estes necessitam ser operados de urgência, quer por uma dor de forte intensidade que põe em risco a vida do indivíduo, quer por agravamento de um quadro ou complicações pós-operatórias, ou ainda, por solicitação de médicos de outras clínicas ao solicitarem parecer destes sobre seus pacientes, quando apresentam dor abdominal.

Os residentes relatam o compromisso do serviço atender a todos, principalmente aos colegas de outras clínicas que lhes solicitam parecer. No

entanto, queixam-se destes quando lhes solicitam parecer sobre seus próprios pacientes e estes demoram atender-lhes, proporcionando adiamento de sua cirurgia e, às vezes, até do agravamento do caso que se apresenta. Sobre o assunto, um residente antigo coloca:

*“ Os problemas decorrem quando você tem o doente ambulatorial, não é nem o internado, e este doente ambulatorial precisa ser visto por várias clínicas... (...) A nível ambulatorial isso se chama pedido de consulta e aí o meu doente, por exemplo, de megaesôfago, que é disfágico, faz parecer cardiológico com 90 dias... 60 dias... 30 dias. Digamos 30 dias. Isso é muito tempo pra o disfágico , tá certo?”. (CA, residente)*

As atividades do ambulatório são desenvolvidas por um residente mais antigo, seguido normalmente por dois outros, mais novos e pelos doutorandos, geralmente em número de dois ou três por expediente. Ambos, supervisionados, ocasionalmente por professores ou rapidamente pelos preceptores do serviço.

Apenas alguns professores fazem ambulatório. Os demais acompanham o ambulatório através do residente, dispondo-se a lhes tirar dúvidas. Em algumas situações chegam a socorrê-los.

Os preceptores normalmente não fazem o ambulatório, pois estão destinados a outras atividades. Costumam dar suporte aos residentes e doutorandos, passando apenas rapidamente pelo ambulatório ou ali permanecendo conforme a necessidade.

Os pacientes que frequentam o serviço podem ser oriundos do SPA (serviço de pronto atendimento), de outros hospitais e serviços, das enfermarias e do próprio serviço, caso já tenham sofrido intervenção cirúrgica no mesmo.

A média da demanda do serviço, por expediente, é em torno de 20-30 pacientes, podendo ser superior ou inferior a isto. Durante o ambulatório são realizadas consultas e procedimentos auxiliares, como exame proctológico.

As consultas são curtas e rápidas, sendo, na maioria delas, direcionadas pelos residentes, que se ocupam, dentre outras coisas, do preenchimento de formulários e dados estatísticos, guias de encaminhamento, solicitação de exames, anotações em prontuários e marcação de pequenas cirurgias, não restando muita disponibilidade de tempo para o exame físico ou para uma escuta pormenorizada.

Aos pacientes não é permitida a escolha na marcação da consulta para determinado residente, a não ser quando este solicita a marcação para o dia de seu ambulatório ou quando o paciente conheça-o previamente e deseje ser acompanhado por ele.

A justificativa que é dada para essa forma de funcionamento está ligada ao fato de que o paciente é paciente do serviço e não do residente A, B ou C, o que provocaria um certo constrangimento ao paciente que retornasse ao serviço algum tempo depois e não encontrasse “o seu médico”. Portanto, o paciente que é visto por um residente é oportunamente visto pelos demais, apesar das queixas de alguns deles, que se ressentem e se queixam em algumas ocasiões.

Uma residente coloca sobre o assunto:

*“ Porque o doente constitui-se, ele é paciente do serviço e não é paciente do residente fulano, que o residente fulano passa pouco tempo, certo ? ele vai sair e o paciente vai continuar sendo tratado aqui e ele não pode identificar só aquela pessoa como o seu médico. Isso eu acho que por um lado o paciente vai continuar sendo tratado, isso é o lado positivo, por outro lado não vai conseguir ( o paciente ) identificar alguém, certo ? a menos que seja de forma negativa, isso aí a gente vê muito bem.” (CC, residente)*

As principais queixas desses pacientes dizem respeito à dor e distúrbios do trânsito gastro-intestinal mais frequentemente. Podem se caracterizar quer por um sofrimento prolongado e agravado recentemente ou apresentarem um quadro agudo e súbito de dor, fazendo-os procurar o serviço. Normalmente os procedimentos tomados após as consultas são cirúrgicos .

Àqueles que chegam com dores, o exame físico se faz insuportável e muitas vezes, os pacientes interpõem suas mãos entre as do examinador na tentativa de impedir o ato. Nestas circunstâncias, o paciente realmente exterioriza a sua dor através de seus atos e de sua expressão facial, sem se preocupar aparentemente com as repreensões ou com o que venham a pensar dele.

Às vezes os médicos não suportam os pacientes que expressam sua dor, atribuindo-lhes certo exagero e histerismo. Assim, é frequente repreenderem o paciente e ordenarem que estes se comportem, que suportem suas dores silenciosamente. Em alguns casos o paciente obedece e tenta, por alguns momentos, silenciar, passando a gemer baixinho. Em outras, tal pedido se torna impossível de realizar. Eis o relato de uma residente sobre o assunto:

*“ É difícil a gente avaliar ... avaliar a dor, muito difícil, muito difícil mesmo e eu confesso que eu me sinto muito, é... assim agredi... não é agredida, mas eu me sinto muito... um mal-estar, me dá um mal-estar muito grande aquelas pessoas com aquelas cenas de, de dor, de gritos, de... de queda no chão, de amparo pelos familiares... aquilo me deixa com um mal-estar muito grande. Eu não consigo me dá muito bem, com esse quadro de chegar ao limiar da histeria... num... num dá.” (CC, residente)*

Alguns médicos reagem ignorando a dor do paciente e, simplesmente, não lhe destinam atenção mais pormenorizada (principalmente se acham que o paciente está exagerando) durante a consulta, podendo até chegarem a solicitar que se calem.

Ao acompanhar um dado residente do serviço, tive oportunidade de presenciar tal atitude. Este, severamente, mandou a paciente calar-se, dizendo: “Pare de gemer! Esta dor é tão insuportável assim?”, o que foi acompanhado imediatamente do silêncio da paciente, seguido alguns minutos depois de um discreto e permanente gemido.

Num momento posterior, ao término da realização de seu ambulatório, este mesmo residente se coloca sensibilizado pela dor do paciente, relatando a necessidade de investigação pormenorizada e encaminhamento do mesmo a um outro profissional, caso sua dor escape à prescrição dos manuais, o que se pode constatar na seguinte passagem de seu discurso:

*“ E a gente procura na maioria das vezes tentar caracterizar da melhor forma possível ( a dor ) . Localização, intensidade... variação, é... o que provoque , o que melhore... a gente procura... existe um inquérito bastante abrangente pra tentar ao máximo caracterizar além da dor o sofrimento do doente, aquilo que o doente acha desconfortável.(...) ... a gente tenta é... ter uma idéia geral da... da... do quadro dele como um todo, do... da reação do doente ao meio, da reação do doente a tudo que o cerca. Tem doente que somatiza bastante, tem doente que... que descreve a doença como estímulos... que caracterizam... aliás, que não conseguem caracterizar alguma coisa.(...) Nesses casos a gente... depois de dizer que não existe relação com a patologia orgânica, tá certo, a gente procura enviar o doente, tá certo, pra um outro âmbito de investigação.” (CF, residente)*

O “tempo” aparece como uma variável importante na medida em que é utilizado para justificar a qualidade de atendimento prestado pelos profissionais do serviço, em especial pelos residentes, nas suas mais diversas atividades.

A rapidez da consulta a nível ambulatorial é justificada através da demanda de pacientes a serem atendidos por expediente. O contato fugaz entre estes e os pacientes internos na enfermaria, a brevidade do exame físico

(muitas vezes substituído pela solicitação de exames complementares ou realizado de maneira pouco habilidosa, dada a inexperiência do examinador ou a rapidez com que é executada) e a "impaciência" destes à escuta terapêutica - praticamente inexistente neste espaço -, prevalecem frente ao contato com o paciente, sendo justificadas a partir da objetividade e habilidade características do cirurgião.

Os residentes parecem estar atentos às restrições oferecidas pelo atendimento que prestam, na medida em que reconhecem que uma parcela considerável de pacientes exigem bem mais que uma simples resolução cirúrgica de seus casos. Nestas condições, dada a exigüidade de tempo, encaminham estes casos, considerados 'difíceis', à psicóloga que acompanha os pacientes do serviço.

Praticamente todos os residentes entrevistados fizeram referência ao 'tempo' em seus discursos, como algo contra o qual corriam, dado que naquele intervalo necessitavam realizar uma série de atividades cuja sequência não poderia ser perdida ou interrompida, assim como pareciam reconhecer suas próprias limitações diante daqueles casos ditos 'difíceis'. Seguem-se algumas passagens acerca do assunto:

*" Eu sempre procuro, apesar de ser sempre correndo, eu procuro ouvir o que as pessoas têm a dizer e eu tenho até facilidade de interpretar algumas coisas a mais do que na realidade as pessoas têm." (CC, residente)*

*"Então você precisa parar. Sentir a linguagem desse paciente e descer até ele, se for o caso. Isso demanda tempo. O tempo nem sempre nós temos. É uma coisa que você só consegue com a maturidade, com anos de ambulatório; você conseguir saber qual é o momento, mesmo com o ambulatório cheio, parar pra ouvir o paciente, até porque aquele doente que vem pra cá, vai mais seguro, mais tranquilo, mais esclarecido quanto a sua patologia e o que é que vai ser feito na sua forma de tratamento, são os que dão menos problemas"... (CA, residente)*

*“Como disse a você, cirurgia é uma coisa muito objetiva ... (...) E na maioria das vezes a gente precisa conversar mais com o doente, e é isso que a gente não faz, entendeu? então eu acho que o serviço, por conta do alto volume que a gente tem e com uma produtividade imensa... uma rotatividade também imensa que não tem comparação com este hospital... esse serviço aqui é um serviço totalmente diferente do resto do hospital.”(CB, residente)*

*“Agora, o problema é que existe uma demanda muito grande, certo. E... além dessa demanda grande a gente até certo ponto tem que cumprir uma certa demanda e na medida do possível a gente consegue dar conta dessa tarefa no dia-a-dia ( refere-se a atenção do médico no atendimento ao paciente )...” (CF, residente)*

*“É o atendimento, a gente, principalmente da área de cirurgia, presta um atendimento muito imediatista. Um atendimento que visa, geralmente, o procedimento. A gente se identifica muito pouco com o lado humano das pessoas, por uma série de fatores: tempo, quantidade de pacientes e tudo.” (CE, residente)*

O encaminhamento a um profissional de psicologia e o reconhecimento de seu trabalho hoje em dia, é resultado de uma proposta sistemática de conscientização da necessidade de atendimento psicológico dos pacientes cirúrgicos e tentativa de humanização da atividade de cirurgia frente a equipe, proposta inicialmente por uma professora do curso de psicologia desta universidade e seguida atualmente por uma profissional da área.

Residentes e alguns professores se sentem um pouco mais familiarizados e à vontade para fazerem algumas referências ao assunto:

*“ (...) ... e um terceiro ponto que a gente pode ajudar um paciente é lançar mão de outras equipes multidisciplinares, por exemplo, psicologia. Depois que houve este inter-relacionamento com a psicologia muitos problemas que a gente tinha de falta de compreensão certo? a abordagem diagnóstica daí, desde que tenha uma pessoa apta do ponto de vista teórico de lidar com alguns tipos de problemas que os*

*pacientes desenvolviam. Aí isto também ajuda demais.”*  
(CC, residente)

*“Nesses casos a gente... depois de dizer que não existe relação com a patologia orgânica, tá certo, a gente procura enviar o doente, tá certo, pra um outro âmbito de investigação. As vezes a gente tria pacientes da gente pra tentar investigação numa outra esfera que não a cirúrgica, tá certo. Ou as vezes a gente já manda direto para um acompanhamento psicológico.”* (CF, residente)

*“Como você vai tratar uma dor não-orgânica é muito difícil. Na verdade, você tenta analgésicos e analgésicos, anti-inflamatórios enfim, drogas e a pessoa continua sentindo dor. É um território que você não tem realmente como tratar. Aí você manda a pessoa pra ser submetido a uma orientação psicoterapêutica. Enfim, ter suporte de alguma forma...”* (AD, professor)

*“Mas identificar que tem eu acho que tenho condição (se refere ao reconhecimento de aspectos emocionais presente nos doentes). Ele vê que nessa situação é importante ele ter o apoio do grupo de saúde que trata desse tipo de doente. Quer dizer, psicólogos, do psiquiatra, psicanalista, porque traça o perfil do paciente, identifica o que está acontecendo, de forma que possa ajudar o paciente.”* (AC, professor)

Os pacientes devem chegar ao ambulatório muito antes do horário de atendimento, entregar o seu prontuário e o cartão de identificação do hospital para a atendente, que os disporá no balcão de acordo com a ordem de chegada. Para aqueles que chegam durante o atendimento médico resta a repreensão por parte, inicialmente, da atendente e posteriormente do residente encarregado de atender. O paciente tem a obrigação de esperar o médico e nunca o contrário.

O atraso do paciente é seguido de devidas repreensões, após o qual o mesmo é atendido. Entra pouco à vontade e temeroso acerca da reação do médico.

Numa dessas situações foi possível presenciar o desentendimento de uma dada paciente nessas circunstâncias, com a residente. Ao entrar no

consultório algum tempo depois, fê-lo com certo constrangimento, ao mesmo tempo em que aparentava não dar importância ao que a médica lhe dizia, o que era visível através da expressão facial de deboche que fazia para mim, durante o exame físico. No final da consulta a paciente aparentava demonstrar certo descompromisso em realizar as orientações determinadas pela médica, a partir de seu comportamento.

É frequente alguns pacientes chegarem nomeando o que sentem. Normalmente se referem ao local do incômodo pela designação técnica do órgão e se referem a ele como gerador de suas dores e sofrimentos. Quando indagados, intimidam-se, desconversam ou se dizem equivocados após algumas colocações médicas. Em algumas situações solicitam aos médicos que realizem exames que acham pertinentes ou solicitam determinados remédios que julgam indicados para o caso (normalmente vitaminas ou outros de maior conhecimento público).

A atenção médica durante a consulta é parcialmente voltada ao paciente. O médico se preocupa em tomar notas, preencher os livros de procedimentos do serviço, solicitar exames, encaminhar a outros profissionais para posteriormente seguir-se o exame médico, que nem sempre chegam a ocorrer na primeira consulta.

As principais queixas em relação ao atendimento médico aos pacientes dizem respeito ao curto tempo dispensado por este para o exame físico propriamente dito e a substituição deste, em alguns casos, pela solicitação de exames complementares. Assim, estes ganham importância definidora sobre a situação do doente e se interpõe entre ele e o doente, substituindo a relação terapêutica, praticamente ameaçada nestas circunstâncias.

As queixas dos pacientes dizem respeito a ausência do toque e da observação pormenorizada da área de incômodo. Eis o relato de uma paciente sobre o assunto:

*“ ... eu vim aqui três vezes... e todas as três vezes o médico mal olhava pra mim(...). Aí fez: ‘Faça o ultrassom e depois volte aqui que a gente vê’...” (L.F., paciente do serviço)*

O exame físico é rápido nos casos de revisão de cirurgia ou naqueles em que o paciente tem indicação de cirurgia e necessita, primeiramente, realizar os exames.

Numa situação peculiar, o médico não chegou a examinar o doente. Porém, o registro da avaliação física constava em seu prontuário como se tivesse sido realizada. Neste caso, a consulta foi breve e o paciente nada disse, retirando-se em seguida (neste caso, residente e paciente pareciam não se empatizarem, o que foi checado através do relato de ambos, em momentos diferentes).

Os médicos não costumam esclarecer os seus pacientes durante a consulta, limitando-se a fazerem anotações em prontuários e a dispensá-los em seguida.

Caso solicitem exames, principalmente se este for proctológico, seguem-se orientações de preparo que são dadas esporadicamente pelo médico e mais, frequentemente, pela atendente. O que estes alegam para o não esclarecimento do paciente, diz respeito à incapacidade de apreensão do paciente devido ao nível de escolaridade que apresentam. No entanto, quando o fazem, tais orientações são breves e relativamente superficiais.

Os pacientes geralmente não questionam e parecem satisfeitos .

Um dado doutorando se colocou favorável ao silêncio médico quando estiver em exercício profissional, alegando que poderia até esclarecê-lo, desde que este assim solicitasse. Eis o relato de alguns residentes e preceptor sobre o assunto:

*“ Há certas diferenças porque não é só a condição sócio-econômica do paciente, é sim o padrão cultural dele. Você tem de na realidade, quando a gente vai tentar se expressar para um paciente desse a gente*

*não pode usar a mesma linguagem que a gente tá programando porque a gente vai tentar chegar no grau de conhecimento deles, isso é que o que é a parte mais difícil. Sempre a gente acha que está dando o recado, que a mensagem está sendo entendida, então estes pacientes que tem um padrão cultural bastante inferiorizado, algumas pessoas têm uma intelectualidade muito, muito precária, não conseguem compreender bem.” (CC, residente)*

*“Muitas vezes o doente... você precisa de tempo pra saber até que grau o paciente ele tem de compreensão da patologia dele. As vezes a doença grave, séria, complexa e o doente não, não entende. Quantos pacientes a gente tem aqui, do interior, chagásicos, com megaesôfago e que mal sabem o que é a Doença de Chagas, não sabe o que é... você não vai dizer jamais pra esses doentes que ele tem uma dissociação eletromecânica, que tem um problema é... um bloqueio de ramo no coração. Então você precisa parar. Sentir a linguagem desse paciente e descer até ele, se for o caso.” (CA, residente)*

*“Inclusive o nível de entendimento do doente as vezes é que modifica essa própria relação né? Que as vezes você tenta explicar pra ele de todas as maneiras, das maneiras mais simples do mundo e ele não consegue entender o que você quer. Então as vezes pra você fazer entender determinadas instruções ao doente e... você não consegue, fica meio frustrante a coisa. Você explica uma vez, duas, explica de, então isso influi.” (CB, residente)*

*“(...) mas o fator sócio-econômico ele, ele dificulta num aspecto... o doente que é um doente não... o nível é... cultural do doente tá certo? ele dificulta o relacionamento, dificulta o entendimento dele e até mesmo seu entendimento com ele. Acho que talvez sob este aspecto, isso aí pesa, entendeu? não pelo fato dele ser uma pessoa... uma pessoa economicamente inferior, mas pelo fato de que a gente não tem muitas vezes o nível de conversa, um acompanhamento da conversa, que deixe a gente tranquilo em relação a essa relação. Muitas vezes a gente conversa, explica ao doente 300 mil vezes a mesma coisa que a gente explicou e... praticamente você não ganhou nada, você não conquistou nada com*

*esses pacientes... então isso aí faz com que você 'poxa, num dá!'. (BA, preceptor)*

Este mesmo preceptor continua sua explicação e aponta uma saída para esses casos :

*" Bom, eu tento ao máximo chegar a eles, né?... chegar a eles. A explicar bem claramente do ponto de vista que eles possam entender o que a gente tá querendo passar tá? repetir várias e várias vezes, agora, é... em algumas situações você não consegue, apesar de você tentar, de tentar se aproximar o máximo você não consegue, porque... a relação eu acho que não chega, não chega. A minha... o meu procedimento é esse. Eu tento é... explicar de forma clara, num nível que ele possa entender as coisas, o máximo que puder. É isso que eu faço habitualmente." (BA, preceptor)*

Os professores do serviço reconhecem as limitações impostas à relação terapêutica a partir da condição sócio-econômica dos seus pacientes, ao mesmo tempo em que tendem a suavizar as diferenças ao atribuir à questão cultural o principal motivo de entrave ao repasse de informações aos mesmos. Assim alguns se colocam:

*" Eu não posso chegar a um doente de determinado nível de padrão sócio-econômico elevado, mais alto e ter um tipo de conversa, uma abordagem ou um tipo de proposta... em que seja muito simples, ou sem levar ele detalhes mais específicos em relação de maior, de maior nível. De maneira quando não consigo acesso na criança, eu pegar um paciente de muito baixo nível e levar a ele esses detalhes técnicos que não tem acesso do conhecimento de nomes, do que ele tá falando(...) Evidentemente que pra cada doente, eu vou ter que ter uma abordagem de maneira diferentemente pra que seja preciso, que seja compreensível o que eu esteja dizendo." (AC, professor)*

*" Existem várias formas de você se relacionar com as pessoas. Tá claro que se eu pegar um doente que não tem cultura, eu não diria a condição social, mas a condição social está muito relacionada com a condição*

*cultural. Então eu tenho que falar com o doente numa linguagem que seja própria do doente e não minha sabe?” (AD, professor)*

*“ Eu acho que o nível sócio-econômico me dá a maneira de como eu tenho que me aproximar dele, quer dizer, eu vou modificar minha linguagem em função do que eu estou vendo.” (AB, professor)*

Os pacientes se apresentam de duas maneiras frente à consulta: alguns se comportam como se não tivessem o direito de saberem o que têm e saem do consultório sem nada dizerem; outros, aguardam as explicações médicas, que podem ou não vir e normalmente se ressentem de perguntar ou se o fizerem, fazem-no com certo receio de incomodarem.

As explicações que se seguem à solicitação podem não se fazerem compreensíveis. Nestas circunstâncias o paciente normalmente aquiesce e se dá por satisfeito, mesmo não compreendendo o significado da declaração.

Normalmente, durante o ambulatório, os residentes são continuamente interrompidos pelos doutorandos, que aguardam ansiosos que estes estejam disponíveis para discutirem o encaminhamento dos pacientes sob sua responsabilidade. Esta é feita geralmente às pressas, na frente do paciente, ou mesmo, no consultório onde se encontra o residente e seu paciente.

Estas interrupções são feitas de forma corriqueira, sem a prévia permissão ou comunicação de ambas as partes e assim se comportam, sem se importarem com o que dizem ou com o paciente, que apesar de se comportar silenciosamente, permanece atento aos comentários e a todo o movimento que o envolve durante a consulta.

Assim, as interrupções se dão também durante o exame proctológico, marcado pelo constrangimento da exposição do paciente, despido e em posição apropriada para o mesmo, além da presença do residente que dará prosseguimento ao exame, de alunos da disciplina de cirurgia abdominal, da atendente que prepara o paciente e os materiais para o exame, assim como da pesquisadora.

Alguns residentes deixam esse tipo de exame para o final do ambulatório e se queixam, verbalmente, à atendente sobre a rejeição que sentem para com a realização do mesmo, sem se preocuparem com a exposição do paciente, que já se encontra em posição para o exame. Além disso, a participação de outras pessoas e a indiferença do médico durante sua realização, assim como os comentários e repreensão advindos do profissional em si e também da atendente, parecem contribuir para a situação de exposição e desigualdade a que este se submete.

Ao término, os médicos se dirigem para o birô onde fará constar as anotações no prontuário, limitando-se a dispensá-los em seguida, fazer alguns comentários acerca do que foi visto, marcar novo exame para o caso de insucesso, ou mesmo dar algumas orientações, pertinentes ao caso.

Aos pacientes não é dado o conhecimento do resultado dos exames, mesmo em uma linguagem traduzível, uma vez que estes parecem pouco compreender e nada dizem a respeito.

### 3.2.3 - A Enfermaria

Os pacientes que não puderam ter resolvido os seus problemas clinicamente e necessitam uma investigação mais minuciosa ou intervenção cirúrgica, são internados no sexto andar da ala norte do Hospital das Clínicas, onde se situa a enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral. São procedentes, normalmente, do ambulatório ou do SPA, desde que não tenham sido encaminhados apenas para a cirurgia, previamente marcada.

Chegam acompanhados por parentes ou vizinhos e se colocam à disposição do residente de plantão responsável pela enfermaria, que deve admiti-lo oficialmente.

Aguardam silenciosa e atentamente o momento do encontro, que variará em função da disponibilidade do residente e seus doutorandos.

Enquanto aguardam, a enfermeira chefe designa o leito que este deverá ocupar, seguido de uma explicação breve sobre o funcionamento do serviço.

Os pacientes desconhecem, em alguns casos, o médico que irá realizar a sua cirurgia e isso se constitui motivo de certa apreensão e insegurança, quando não, em motivo de críticas, posto que não concebem o fato destes não se apresentarem previamente e se interessarem pela evolução após a cirurgia.

É frequente encontrarem-se pacientes que se internam para a cirurgia e não conhecem o “seu cirurgião”. Em uma dessas situações, uma dada paciente mostrava-se ansiosa por conhecer sua “doutora”, da qual havia ouvido falar e sabia apenas o nome. Temia pela cirurgia, posto que nada sabia sobre o que iria ser feito, e por desconhecer a profissional que o acompanharia.

Em um outro caso, uma paciente revelou a falta de apresentação de seu médico, apesar de ter sabido o seu nome. Ela diz:

*“ Sei. Ele não me disse, nem me diz o nome e eu fico acanhada, como eu disse pra Sra. que tinha vergonha de perguntar”. (LG, 38 anos, doméstica )*

Numa outra situação, uma paciente relata sua insatisfação por não ser possível ter acesso ao cirurgião no pós-operatório. Diz tê-lo conhecido apenas na sala de cirurgia, não sendo possível reconhecê-lo durante a visita, pois dele só lhe sabe o nome e nas visitas, os médicos não costumam se identificar ou sequer destinar atenção àqueles a quem operam.

Conformam-se ao alegarem para si o fato dos cirurgiões serem ocupados e não disporem de tempo para verem os seus pacientes, o que é destinado a outros membros da equipe.

Uma vez em seu quarto, acomodam-se vestindo suas próprias roupas de dormir ou quando não a possuem, utilizam as vestes do hospital.

À medida em que se adaptam ao novo ambiente, tendem a se familiarizar com os membros do serviço, com os demais pacientes do mesmo quarto e, às vezes, de outros na mesma enfermaria. Alguns, no entanto, permanecem silenciosos e mais ou menos ausentes para com os companheiros de quarto e da rotina hospitalar.

Alguns pacientes se utilizam da família para intermediar suas necessidades à equipe médica e de enfermagem. Poucos são os que interagem com os outros e participam suas dores e sofrimento comuns, sendo mais frequente isolarem-se nas suas próprias queixas.

Os acompanhantes têm participação ativa na dinâmica cotidiana do hospital. Costumam inteirar-se acerca da evolução de seus internos, servindo de intermediários entre estes e os médicos (mais especificamente) ; prestam cuidados que vão desde o auxílio na administração de medicamentos de uso oral, passando pelo banho, asseio e troca de roupa pessoal e de cama, até a alimentação e acompanhamento destes para a realização de exames.

A permanência contínua destes e sua participação em determinadas atividades assistenciais a seus internos, conduzem-nos a uma certa ambientação e apreensão de certas condutas de enfermagem, o que parece resultar em constante fonte de conflito entre estes e os auxiliares do serviço.

Como resultado, os auxiliares reagem de forma a suprimir a assistência ao paciente reivindicador e em alguns casos, a enfrentar a estes e seus acompanhantes, o que é feito através de agressões morais.

Alguns pacientes relatam que sofreram retaliação por parte das auxiliares de enfermagem e se queixam por se encontrarem em situação de desvantagem.

Estes têm medo de fazerem a comunicação à enfermeira chefe por sentirem que sofrerão maiores penalidades, ao mesmo tempo em que reconhecem necessitar de assistência que só elas podem proporcionar (tais

como administração de medicamentos, renovação de curativos entre outros). Mediante esta situação, calam-se e a elas se submetem silenciosamente.

Em outros casos, menos frequentemente, reivindicam seus direitos às auxiliares de enfermagem e são punidos pelo desprezo, pelas provocações morais e pela falta de atenção assistencial.

Uma paciente e sua companheira de quarto (também paciente) relataram as provações a que a primeira vem passando, até o presente momento, por ter sido repreendida por uma dada auxiliar de enfermagem e respondido “à altura”, conforme coloca. Como resposta, a auxiliar sugeriu que a paciente solicitasse alta hospitalar e como não o fez, sonegou-lhe assistência e medicamentos durante o seu plantão.

O hospital não permite a permanência de acompanhantes na enfermaria, no entanto, esta se constitui uma prática que paradoxalmente parece ser instituída e ao mesmo tempo estimulada pela equipe de enfermagem e indiretamente pelos médicos, especialmente para os casos que exigem mais cuidados.

Assim, a permanência desses acompanhantes permite um alívio na sobrecarga de trabalho realizada pelos auxiliares de enfermagem (que se vêem desobrigados a prestar uma assistência mais próxima ao paciente), uma vez que parte de suas atividades é realizada pelos acompanhantes, deixando-os mais livres e responsáveis por cuidados que requeiram um certo conhecimento técnico específico.

Numa dada passagem, uma acompanhante relata seu desentendimento com uma auxiliar do turno da noite, por ocasião do término do soro de sua mãe (interna):

*“ ... e o prantão da noite é horrive... porque tem prantão... tem menina que as vezes trabalha e faz o que é possível e faz maravilha aí; já tem outras que é mais preguiçosa pra tirar o soro ... fica dando massada né? e tem umas três aqui que não ia fazer nada e tá meio assim comigo. Porque ela tava dormindo aí uma*

*noite, ela tava dormindo, o soro secou, eu fui chamar e elas fizeram que tava dormindo e o soro pendurado e eu fui e coloquei o soro, já com medo da veia ressecar né? aí coloquei o soro, mas não sei colocar e deixei só pendurado . Ela... uma, uma morena que tem aí, quando chegou, chegou dando o maior espetáculo porque eu não era enfermeira e não tinha o direito de colocar o soro.”(H, acompanhante)*

Os acompanhantes se acomodam mal durante todo o dia e toda a noite numa cadeira, no qual descansam. Passam o dia acompanhando seus internos e quando podem auxiliam aqueles que por acaso estejam sem acompanhantes e necessitem de ajuda. Sentem-se estressados com o convívio permanente com o sofrimento. A acompanhante acima relata a sua condição:

*“ ... é muito cansativo pra mim(...). Ou me viro ou morrendo, eu tenho que ficar diariamente, ou senão fico com as pernas inchadas . Veja essa perna aqui ( mostra a perna ) como tá inchada, tá vendo? (...) . Quando eu faço... quando eu tenho chance de encostar a cabeça na cama, eu descanso, quando ela tá dormindo. E ela se tiver dor e passar a noite sem dormir também passo. Aí fica muito cansativo pra mim, mas eu não digo a ela, pra ela ( a mãe ) não se incomodar.” (H,acompanhante)*

Os acompanhantes apreendem as condutas proporcionadas pela observação diária dos cuidados prestados pela enfermagem. Atentos a tudo que é realizado nos pacientes, assistem à realização de certas ações invasivas (curativos de cirurgias entre outros), permanecendo ao lado de seus parentes, acolhendo-os silenciosamente e dolorosamente. Normalmente essas situações se acompanham de estímulo verbal por parte dos acompanhantes, no sentido de solicitarem controle e suportarem a dor.

Essas vão desde a resignação e apelação religiosa (Deus) até a ameaça de possíveis e maiores sofrimentos físicos (estes são realizados pelo médico e pelo auxiliar que o acompanha no curativo). No primeiro caso, a acompanhante relata o porquê da interna (a mãe) não expressar a sua dor:

*“Eu não sei. Talvez seja eu que diga a ela que ela tem que ter que ficar boa. Que ela tem que se comportar, que ter coragem e força de vontade, porque o doente tem que fazer uma forcinha por si próprio e não ficar triste, se desesperar. É isso que eu digo pra ela. Não pode ficar assim. Ela tem que ter força de vontade. Confiar em Deus e tocar o barco pra frente.” (H, acompanhante)*

Quanto à equipe, a imposição da autoridade se dá de forma hierarquizada: em primeira instância os médicos se posicionam; em seguida, os auxiliares de enfermagem. Repreende-se o paciente para que este se controle, sob a ameaça de sofrimentos maiores e adicionais, caso não os atenda. Esta normalmente é seguida pela obediência do paciente, que se esforça por cumprir as ordens e ameaças médicas.

Os pacientes não costumam expressar a dor com facilidade e sofrem silenciosamente, fazendo-o apenas nos momentos em que estas se tornam mais ou menos insuportáveis. Alguns requerem medicamento para amenizá-la e outros permanecem sofrendo após algumas solicitações e espera pela enfermagem.

Assim, recorrem aos acompanhantes para tentarem mais uma vez o medicamento e o providenciarem, ou simplesmente suprimem a dor e tentam conviver com ela, na esperança de logo se livrarem da mesma, através do ato médico (neste caso, a cirurgia).

As interpretações realizadas pelos pacientes sobre a situação, vão desde a sensação de que não têm sua dor relevada pela equipe, passando pela resignação ao não terem suas solicitações atendidas até ao exercício de acomodação a dor. Eis um relato sobre o assunto:

*“ Eu pedi duas vezes pra ela me dar o remédio, porque eu tava com uma dor muito grande. Quando eu digo que tô sentindo uma cólica, eu tô sentindo mesmo, porque eu não vou dizer uma coisa que eu não tô*

*sentindo né? aliás, como eu, como você né? com uma pessoa.” (LG, 38 anos, doméstica)*

Não é muito frequente queixarem-se de dor aos médicos, a não ser quando estes perguntam sobre o assunto, o que também não é muito frequente acontecer.

Quando ocorre de os pacientes expressarem a dor e o sofrimento - revelados através de gemido, lágrimas, reclusão ou impaciência - frente a alguém da equipe ou a outro alguém do qual não tenham aproximação, desculpam-se pelo acontecido como se não pudessem ou tivessem o direito de fazê-lo.

Uma paciente se desculpou por ter-se negado a me dirigir a palavra, por ocasião de um momento de intensa dor.

Sobre este apagamento da expressividade à dor no ambiente hospitalar, um preceptor coloca :

*“ Eu acho... olha... é uma coisa muito, não é muito comum encontrar ( se refere aquele paciente que expressa a dor no hospital ). Eu acho que diante do médico, não sei se... varia muito de doente pra doente o que eu tô falando, mas nem sempre tudo o que as pessoas sentem elas dizem para o médico, nem sempre, né? nem sempre.(...) Eu não acho muito comum. Muito comum não, certo?(...) Não sei se eles ficam, é... sentem medo, né, da relação com o médico, eu não sei se... se de incomodar o médico, de achar que o médico vai sentir... vai... vai... não vai... não tá interessado em saber daquilo, talvez isso... eu não sei exatamente porquê.” (BA, preceptor)*

O apagamento da expressividade à dor de certos pacientes do serviço é atribuído à existência de uma falha na relação terapêutica - proporcionada em parte pela estrutura do serviço de cirurgia e em parte pela carência de atenção dos profissionais de enfermagem decorrentes de seu escasso número na

enfermaria -, assim como a certa 'imaturidade' do paciente, segundo relato de um residente:

*“ Evidentemente que nesse, nesse caso você tem uma, uma quebra na relação médico-paciente, tá certo? que ou não foi bem feita ou existiu e não teve continuidade no pós. Há vários fatores que interferem com isso. (...) Você tem doente que faz o ambulatório com a doutoranda 'X' e na enfermaria é na 'Y' e faz o pós-operatório com a 'Z'. Embora tenha o mesmo médico assistente.(...) E acho que a nossa estrutura, tá certo? a estrutura da enfermagem também, que é difícil de dar assistência a todos os pacientes que tá no pós-operatório, numa enfermaria com um deficit de pessoal que a gente sabe que ainda existe, embora haja esforço enorme e tem havido uma grande melhora nisso.(...) Essa imaturidade, ele não consegue verbalizar nem vivenciar seus problemas da forma atual.” (CA, residente)*

Quando o paciente persiste expressando a sua dor e sofrimento na enfermaria e os recursos utilizados para combatê-las se mostram ineficazes, esta parece constituir um nítido incômodo à equipe hospitalar (neste caso, a médicos, enfermeiras e auxiliares), que se mostra impaciente e irritada. A partir do esgotamento de recursos para o alívio da dor, o paciente passa a ser enquadrado na categoria de “paciente chato e queixoso” por essa equipe, que se afasta e deixa de se envolver com o mesmo.

Durante o trabalho de campo foi possível vivenciar esta situação quando uma residente e uma enfermeira do horário da manhã se dirigiram a mim e solicitaram que eu fosse ver um paciente com dor e que já se tinham utilizado e esgotado todos os recursos possíveis para minimizá-la. Aparentavam não suportar mais o paciente, queixoso em excesso, e por isso, causador de muitos constrangimentos e chateações na enfermaria.

Como resposta, a reação mais frequente encontrada em situações deste tipo são as de afastamento da equipe não só do paciente, mas também de seus

acompanhantes. Na prática isto significa o mínimo de permanência no quarto com o paciente e a impaciência em escutar suas queixas.

Eis o relato de uma residente sobre o assunto:

*“ Na hora que você identifica que aquele ali, você não vai conseguir chegar no ponto, você não vai, então a sua tendência é... escantear um pouco certo? por vários motivos assim, eu acho que eu consigo falar alguns desses motivos. As vezes é porque você tá perdendo o tempo da pessoa também, do doente, e o seu tempo também. Você perde o seu tempo, você perde o tempo da pessoa que tá procurando ajuda e que você não tá conseguindo ajudar, certo?” (CC, residente)*

Quando a queixa de dor é verbalizada em uma situação de visita médica, e sendo esta previamente desconhecida do residente que acompanha o caso, esta é motivo de repreensão severa do paciente, realizada publicamente pelo residente.

A situação é constrangedora: por um lado o paciente se comporta infantilmente, desculpando-se e alegando ser recente tal queixa; a reação daquele que preside a visita, normalmente um professor, é o de não atribuir importância ao caso, na tentativa de amenizar o ânimo do residente e de apaziguar o paciente. O residente parece não se conformar com a omissão de seu paciente e a posterior revelação a seu superior hierárquico, gerando-se uma situação de desconforto mútuo.

O comportamento do residente frente à situação é dúbio, principalmente se este foi encarregado do procedimento cirúrgico e se encontra numa fase avançada de residência no serviço: parece sentir seus conhecimentos e sua técnica checados publicamente e postos em dúvida - caso o paciente se comporte fora do previsto e comunique suas queixas a seu superior hierárquico -, ao mesmo tempo em que reconhece que não dispõe de tempo para acompanhá-lo mais proximamente e se ressentido, de certa forma, pela

quantidade de atividade que o cerca e o afasta dos mesmos, prejudicando a relação.

Esta residente relata o fato na seguinte passagem:

*“ Hoje, hoje como eu sou R4, eu tô mais distante dela (uma dada paciente que acompanha há algum tempo no serviço ) e ela sentiu minha ausência, tanto que até pouco tempo atrás ela: ‘ A senhora me abandonou é?’, aí eu fui explicar a ela que não era a mesma coisa, que eu não tinha mais a obrigação de fazer todos os curativos dela, porque estava na fase, os meninos estavam precisando, os meninos mais jovens precisam estar mais perto pra fazer o curativo dela e tudo, porque eu já tô numa outra fase, certo? então eu vou explicar isso a ela e ‘não, porque a senhora não está mais me orientando como antes’. Não, não tô mais como antigamente, mas eu tô a par de seu caso, eu tô acompanhando, eu vejo a senhora todo dia, só que eu não tô colada com a senhora como eu tava da outra vez, não é?” (CB, residente)*

As intervenções médicas mais invasivas e dolorosas realizadas na enfermaria, são vividas com dor pelo paciente. Este se submete aos cuidados de forma silenciosa e às vezes expressando o desconforto ou mesmo a dor através do gemido, do choro ou de gestos de retirada do local doloroso.

Normalmente se segue a esta a repreensão do paciente, pelo residente, doutorando ou mesmo pelo auxiliar de enfermagem, os quais solicitam que se comportem ou os ameaçam, prometendo situações piores.

Os acompanhantes solicitam resignação por parte de seus internos, atribuindo o fato a algo que deve ser assim e portanto, deve-se aceitá-lo através da resignação, caso o paciente deseje ficar bom. Ou seja, o trato deve ser vivido dolorosamente, como se algo diferente não pudesse ser vivido resultando também na resolução do sofrimento. Tem que haver a dor e o sofrimento para se ficar bom. Frente a tais argumentos os pacientes se calam e se comportam na medida do possível.

Os pacientes costumam não saber o nome dos profissionais que os acompanham e isto é comum ocorrer em relação a todos eles: desde o auxiliar de enfermagem, a enfermeira, passando pelos demais profissionais, até os médicos que os acompanham.

Os profissionais naturalmente parecem não atentarem ao fato de não se apresentarem ou o fazerem de uma forma tal que o paciente não registre o seu nome ou até de não o fazerem. Sobre o assunto, uma paciente relata:

*“Olha , eu... é... tem deles que quando entravam a equipe deles operarem eles botam umas plaquetas na cama né? e eu fiquei louca pra saber, porque isso é um direito que você tem, aí... depois uma amiga me disse: ‘Olha, na tua cama tem CG, né?’ então CG é o que tá me acompanhando.” (LF, paciente do serviço)*

Quando foi questionado a esta paciente sobre a apresentação do residente a ela, esta colocou:

*“Não. Não. Eu só sei porque ele veio na minha cama, né? que eu... e direto no corredor: ‘CG , telefone pra você CG’ , aí então... aí ele correu e depois voltou pra minha cama.” (LF, 40 anos, funcionária pública)*

A rotatividade e transitoriedade de doutorandos na enfermaria associada a um número considerável de atribuições a estes e aos residentes em especial, alia-se à transitoriedade de seus pacientes, proporcionando uma certa indiferença para com aqueles que tratam.

Sobre o assunto, o residente mais antigo coloca:

*“ Então, esses doentes que tem patologia mais... mais banais, digamos assim, entre aspas, e que são operados e no outro dia, ou dois dias, ou três dias e estão de alta, e que não tem um vínculo maior e não permanecem mais tempo na enfermaria e não tem um vínculo maior com o residente, com o staff, maior em termos de tempo... você não consegue travar uma*

*relação médico-paciente, a não ser que seja um doente conhecido, que você tenha tido uma grande dificuldade de preparar para a cirurgia, que você já, que você mesmo tenha trazido para o hospital, muitas vezes você consegue fazer isso...”*  
(CA, residente)

Da mesma forma que esta transitoriedade parece favorecer relações fugazes entre médicos e pacientes, parece isentar o primeiro de sua participação na relação, passando a responsabilizar o segundo pelas consequências do que pode advir desta.

Alguns residentes se isentam dessa responsabilidade e se relacionam indiferente e distanciadamente de seus pacientes, de forma a limitar-se apenas a seu exercício profissional, conforme pode ser constatado nas seguintes passagens:

*“ Eu sou cirurgiã do SPA... eu juntamente opero no SPA e também não dá pra acompanhar... um doente meu, que eu operei lá é... eu aí... esse doente ficou com uma relação mé... uma relação muito forte comigo, inclusive eu passei a acompanhá-lo aqui, porque eu não tinha muito tempo de acompanhá-lo lá (...).”* (CB, residente)

*“ (...) com relação ao relacionamento médico-paciente... eu acho que... essa questão é melhor de ser respondida pelo paciente que pelo médico... eu acho que esta questão é maioria de inquérito de paciente-médico do que de médico-paciente. Porque fica difícil você falar de si tá certo?”*(CF, residente R2)

*“ Bem, em termos de estabelecer ( a relação) eu tento trazer o mais próximo possível desde que preserve a segurança de não me apegar muito ao paciente. Eu não gosto de criar um patamar muito grande e acho que é importante você ficar sempre próximo e a confiança do paciente em você é fundamental. Então eu realmente eu me envolvo, mas de maneira que emocionalmente isso não acontece.”* (CD, residente)

Um paciente relata acerca do que concebe como relação amigável com o médico apesar de ventilar a possibilidade da unilateralidade do que considera amizade:

*“ ... mas eu os conheci. Você pode dizer até o último, pode dizer que fica amigo. Pelo menos da minha parte né? do meu lado, pode ser unilateral aí ... mas eu os tenho como amigos tanto como médico, como amigo.”  
(FV, ex-paciente do serviço)*

Outro fator que parece contribuir para esta situação diz respeito ao temor fantasioso que o paciente parece fazer em relação ao profissional que o acompanha. A fantasia mais comum é o fato de sentirem que podem incomodar o profissional ao desejarem saber o seu nome e para outros, o fato de acharem que o médico é que deve apresentar-se assim que chega, sem que os pacientes interroguem a respeito. De uma maneira geral, aguardam a iniciativa a partir da equipe que os trata.

#### 3.2.4 - Rotinas do Serviço : visitas e reuniões clínicas

Os residentes são subordinados hierarquicamente aos professores e preceptores. Entre si também se diferenciam conforme os anos de residência em que se encontram. Os mais novos devem obediência aos intermediários e estes aos mais antigos. Os doutorandos se encontram ligados diretamente aos residentes mais novos e se encontram na base da escala hierárquica.

Os residentes mais antigos se distanciam do contato mais frequente com os pacientes na medida em que vão se graduando na escala hierárquica. As atividades de enfermagem - admissão e avaliação de pacientes, renovação de curativos, entre outras - são destinadas àqueles que se iniciam na residência, o

que facilita a compreensão do relato realizado pela residente R4, conforme anteriormente descrito.

Aos residentes que se encarregam da enfermaria, cabe a distribuição de atividades e acompanhamento dos doutorandos, para que estes cumpram as determinações do serviço e dêem andamento as mesmas.

Dessa divisão de atividades, os residentes se encarregam mais proximamente do serviço burocrático, ao providenciarem o cumprimento das decisões previamente tomadas durante a visita diária, fazendo o possível para realizá-las, sem deixar pendências.

A administração dessas atividades pelos residentes tornam o trabalho um tanto quanto fatigante, principalmente quando estes esbarram em dificuldades para executá-los e pode ser constatado a partir do clima de tensão existente entre estes e os doutorandos, ocorrendo sempre na direção descendente da escala hierárquica.

Na prática diária, o que se observa em decorrência dessa forma de funcionamento é uma situação em que o paciente parece receber uma atenção mínima, enquanto predominam atividades burocráticas, bastante desgastantes.

Essa situação de desgaste parece mais evidente no dia em que o chefe do serviço preside a visita da enfermaria. Uma vez que, tudo deve estar em ordem. Não se permite certos exames não terem sido realizados, não terem disponível os resultados de exames, a omissão de certos dados sobre o caso que se apresenta ou mesmo o esquecimento de exames radiológicos, ultrassonográficos ou tomográficos durante a visita. Qualquer situação do gênero, serve de motivo para duras críticas e exposição em público, o que é feito pelos professores e preceptores, em tom repreensivo e jocoso.

Quando se direcionam aos pacientes, normalmente o fazem para examinar, explicar alguns detalhes acerca da realização de certos exames fora do hospital, avisar sobre a data da cirurgia, renovarem curativos cirúrgicos ou

procederem a algum manuseio invasivo, da qual a enfermagem não tem condições de realizar.

Comunicam os procedimentos como se deles não fosse necessário obter a permissão do paciente e estes implicitamente se comportam como se tivessem que se submeter aos mesmos sem questionamentos. São breves e evasivos na maior parte das vezes. Em resposta os pacientes apenas ouvem, sem nada dizerem ou questionarem e assim se retiram do local.

Um dado paciente solicitou compreensão do médico ao negar-se a realizar determinado exame que lhe seria doloroso, alegando tê-lo realizado várias vezes. A reação do médico foi a de que o paciente é que decidia se deveria ou não realizar o exame, sem oferecer-lhe outras possibilidades ou maiores esclarecimentos sobre as repercussões que a não realização do mesmo poderia trazer ao paciente. Imediatamente o paciente se viu na obrigação de realizá-lo, mesmo que isso lhe fosse doloroso, repetitivo e aparentemente desnecessário. Este paciente não entende a necessidade da realização de tais exames e isso o deixa apreensivo e “nervoso”, sem saber de que se trata.

Os argumentos utilizados pelos médicos, de uma maneira geral, não parecem oferecer outras opções aos pacientes. O que se observa é que estes tentam, através da argumentação, controlar e convencer o paciente da necessidade de dada intervenção, o que se pode apreender a partir de algumas passagens de professores e residentes:

*“Mas eu acho que o ponto básico pra você convencer uma pessoa de que ela precisa realizar um tratamento do mesmo, que seja um tratamento agressivo, como o tratamento cirúrgico é você demonstrar na sua atitude, segurança naquilo que está fazendo. Se você se mostra um pouco titubeante e tal, aí isso eu acho que faz com que o paciente se pegue pra não fazer a cirurgia.”(AE, professor)*

*“...primeira maneira de ganhar a confiança (...) uma demonstração de meu conhecimento, da minha capacidade pra adquirir do paciente essa confiança no*

*que vai ser feito, já que a cirurgia é geralmente assim, uma atitude... geralmente drástica e nenhum paciente se submete, agradável, de bom gosto.(...) Mas, na medida que a gente passa ao doente de alguma maneira que o que nós estamos indicando está correto e que ele crie confiança no médico, pra que possa aceitar o tratamento.” (AC, professor)*

*“Toda vez que a gente passa, o doente de pós-operatório imediato, a primeira coisa que eu digo é ‘Vamos levantar dessa cama, vamos sentar, vamos andar!’ e insistir com o doente, sempre é uma coisa que eu insisto muito, muito mesmo. Sou chata nesse aspecto... eu acho que tem que ser.” (CB, residente)*

*“(...) ... a pessoa precisa identificar alguém mais forte, certo? você não pode chegar e se portar de qualquer jeito, né? afinal de contas o hospital não é a casa de ninguém mais você precisa se impor, se é pra ser alguém o dono da casa, bom... vai ter que ser nós que trabalhamos, não somente o médico, médica, auxiliar de enfermagem, enfermeira, estudantes, residentes, certo? (...) Então eu acho que nesses casos a gente tem que ser enérgico, não é assim... ( refere-se aos pacientes ‘históricos’)A gente não vai questionar o sintoma, mas a gente vai ter que se posicionar como o mais forte e aí qualquer pessoa precisa de freio na vida... qualquer um de nós precisa de freio na vida também, tá certo? e acho que nesta hora você é que tem que ser o freio, você tem que ser alguém forte que vai tentar resolver mais também não pode desgovernar, não pode perder o controle.(...) ... e do ponto de vista hierárquico você sempre espera que alguém seja é... mais superior na hierarquia, tome a definição e quando você não toma a definição e quando você não toma, a coisa perde o sentido, né? a gente perde o controle. Aí eu acho que a gente tem que ir na raiz do problema, sabe? você tem que dar a devida atenção e não deixar que a situação fuja de suas mãos.” (CC, residente)*

Caso o paciente se posicione contrariamente à determinação médica, este é ameaçado claramente, quanto ao preço que terá que pagar por se opor a tal indicação. Gera-se uma situação ameaçadora para o paciente, pois ao mesmo tempo em que este se nega a realizar o procedimento sabendo que

precisa fazê-lo e o faz por questões outras, os médicos retiram-se contrariados com o mesmo.

O questionamento e o enfrentamento médicos, parece resultar numa situação mais ou menos insustentável na enfermaria para com o paciente: a expectativa entre os dois atores se torna visível.

A equipe se une e enfrenta o paciente, encarando-o como gerador de impasses e indefinições, pondo em risco o sucesso da intervenção médica e resistindo-lhe a esta. O paciente se constrange e se sente ameaçado por se encontrar numa situação de aparente e real desvantagem, marcado pela passagem num ambiente institucional que lhe é desconhecido e sob o comando de pessoas que desconhecem os nomes e os papéis.

Nessa situação, entram em cena a enfermeira chefe do serviço e a assistente social. Esta última tenta com todas as argumentações possíveis intermediar o conflito entre o paciente e o médico, convencendo-os (os médicos) a mudarem de idéia. Caso o paciente persista com a determinação de não se submeter ao procedimento indicado, este é imediatamente dispensado, o que significa a alta hospitalar breve.

Um caso desse tipo ocorreu com uma jovem paciente que se negou a realizar um determinado exame, tendo mudado de idéia após a intervenção da assistente social. Depois de conseguido, esta última tentou convencer os residentes de se prontificarem a realizar o exame da mesma, uma vez que estes (os residentes) se negaram claramente, alegando o transtorno ocasionado pela situação. Os residentes e doutorandos se mostraram ressentidos visivelmente, mas, mesmo assim, prontificaram-se a repensar a possibilidade.

A admissão do paciente na enfermaria é marcada, na maior parte das vezes, pelo direcionamento do interrogatório sintomatológico pelos doutorandos, que se propõem a seguir rigidamente a propedêutica, sem que lhe escapem nada.

Caso o paciente, em algumas situações, se utilize de um termo médico, desconhecendo total ou parcialmente o seu significado, ou mesmo utilizando-o de forma indevida, este é repreendido imediatamente pelo examinador.

Ao paciente não é permitido a utilização de certos termos, principalmente se ignora o significado, ao mesmo tempo em que nenhuma iniciativa é feita no sentido de se esclarecerem as dúvidas a respeito. A reação dos pacientes é de retração diante do médico.

Uma paciente teve sua fala interrompida e repreendida por uma doutoranda, que se mostrou visivelmente aborrecida, ao ouvir dessa a referência a um dado sintoma através de termo técnico.

Parece contraditória a utilização de termos técnicos por parte dos pacientes - após um certo tempo de internamento ou mesmo de convivência com o problema -, quando se referem a estes para relatar seus problemas de saúde. É evidente desconhecem seu 'real' significado (segundo o conhecimento médico), ou mesmo de o conhecerem vagamente, nomeando-os como se tivessem certeza do que tratam e o fazem talvez, como meio de apresentarem um certo domínio da situação que se apresenta.

Um dado paciente, tece algumas considerações acerca do que entende de seus exames:

*"(...) Por exemplo, o leucograma geralmente é quando eles estão desconfiados de alguns vírus, bactéria, qualquer coisa e queria saber como tava. O mielograma sinceramente eu não sei, porque era... é um exame que detecta é... doença básica de sangue. Exame de anemia... fiz micrograma, que eu não sei pra que é que serve."(FV, ex-interno do serviço)*

*"É uma fístula. E eu perguntei pra ela o que era uma fístula... também ela não explicou... ela disse: 'depois você vai ter uma explicação sobre essa fístula'."(VN, ex-interna do serviço)*

*"Aí... o que... quando chegaram aqui ( se refere aos médicos ), ficam colocando que... fica, é... é cálculo renal, infecção urinária... e eu tô esperando essa coisa mesmo de..." (LF, interna do serviço)*

Na enfermaria é comum os demais profissionais cederem sua vez aos médicos quando estes chegam ao quarto e se dirigem aos pacientes.

Nesta circunstância, ou o profissional sai do local e retorna em outro momento, ou aguarda ao lado, para que o médico se retire e possa dar prosseguimento ao que vinha realizando. Entre médicos e auxiliares de enfermagem isto também ocorre com frequência, o mesmo se dando entre estes e os auxiliares de serviços gerais.

Conforme relatado anteriormente, estes últimos param suas atividades e observam atentamente o que é realizado ou conversado com o paciente, sem nada dizerem.

O médico parece não se importar com a interrupção e só toma certa precaução quando se dirige a um colega médico que já esteja naquele local. Caso se trate de um outro profissional, este nada diz.

A enfermeira ou auxiliares de enfermagem, nutricionista, assistente social ou mesmo técnico de laboratório têm suas atividades temporariamente interrompidas neste momento e estes aparentemente parecem não se importar com a interrupção ou se posicionarem contrários, à exceção da psicóloga, quando esta se encontra em atendimento com o paciente.

O que parece de certa forma justificar o comportamento desses profissionais diz respeito ao fato dos mesmos atribuírem importância relevante à atenção médica, devido ao tipo de intervenção que prestam e ao fato destes não poderem “perder muito tempo e estarem sempre ocupados” (as aspas são minhas).

Um outro fator que parece ter relevância é o fato do paciente atribuir prioridade à presença médica em relação aos demais profissionais, aparentemente mais disponíveis e parcialmente necessários.

Percebe-se uma certa revolta desses profissionais, em especial da enfermagem, ao sentirem que não têm reconhecidos os seus méritos profissionais, em detrimento ao saber e prática médicas.

Situação dessa natureza pode ser exemplificada quando do retorno de uma ex-paciente ao serviço. Quando esta chegou à enfermaria, procurou imediata e alegremente os médicos, trazendo-lhe doces de presente. À enfermagem não fez qualquer menção de reconhecimento.

A enfermagem imediatamente se ressentiu com atitudes desse tipo, uma vez não terem seus trabalhos reconhecidos sequer por uma palavra de agradecimento.

Os agradecimentos são feitos em direção aos médicos e apenas a estes, o que aumenta os ressentimentos por parte da enfermagem para com estes.

As atividades da enfermaria têm início com a visita médica pela manhã, sendo realizada pelos professores, seguida pelos residentes e doutorandos.

Na ausência dos professores, assume o preceptor do serviço ou o residente mais antigo, que a preside, direciona e discute os casos e condutas a serem realizadas durante o dia. Com frequência comparecem a esta a assistente social, a psicóloga e em algumas ocasiões, a enfermeira chefe do serviço, seguida de suas residentes de enfermagem, de forma que totaliza, em média, cerca de 20 a 25 pessoas.

Aos acompanhantes dos pacientes não é permitida a presença durante a visita, portanto, assim que estes sentem a presença da equipe automaticamente se retiram do local, silenciosamente. Acompanham, a certa distância as discussões e comentários realizados, às vezes atentamente, outras dispersamente, conversando com outros acompanhantes.

Em algumas situações foi observado a apreensão, através da troca de olhares, entre estes e o paciente no momento da visita, principalmente nos casos de pacientes idosos e dependentes de cuidados familiares.

A situação que antecede a visita é de tensão e de correria: Os residentes cobram dos doutorandos os resumos da evolução de seus pacientes que terão que apresentar na visita, não havendo tempo suficiente para coletar todos os dados em tempo hábil, o que os deixa consideravelmente ansiosos.

A cobrança é mais ou menos generalizada. Uma vez cobrados, os doutorandos cobram-se entre si, principalmente se algum deles falta ao serviço e compromete os presentes, que de última hora terão que dar informações de pacientes que não estavam acompanhando aos residentes.

A situação parece agravar-se ainda mais quando a visita é realizada às quintas-feiras, quando o chefe do serviço a preside. A enfermaria parece estar em estado de efervescência nos momentos que antecedem à visita e durante a mesma .

Com a chegada do chefe do serviço, ao corredor, é visível a agitação de todos, que rapidamente correm para dar conta de suas atividades e se posicionarem para a visita.

O chefe caminha seriamente pelo corredor, direcionando seu olhar para adiante, sem se deter para nada. Não cumprimenta o grupo, não cumprimenta a enfermeira chefe, não cumprimenta os pacientes quando entra no quarto ou lhe dirige a palavra. Apenas observa.

É frequente a expressão de insatisfação da enfermeira, nos bastidores, sobre a falta de reconhecimento por parte do chefe do serviço médico, cuja enfermaria se encontra sob a sua responsabilidade.

Segundo o "desabafo" de uma enfermeira do turno da manhã, o chefe do serviço até aquele momento nunca lhe dirigiu a palavra, ou sequer pronunciou o seu nome ao longo desses anos de trabalho no local.

Em algumas situações, os casos são apresentados pelos doutorandos que estão acompanhando diretamente o paciente, sendo auxiliado pelo residente que se encarrega do caso quando há necessidade de esclarecimentos. Os residentes, normalmente, apresentam os casos, principalmente na visita da quinta-feira, quando um deles é designado para relatar todos os pacientes da enfermaria, o que justifica o estado de tensão prévio.

Para aqueles que por uma circunstância ou outra não conseguiram fielmente cumprir todas as obrigações referentes ao caso apresentado,

cabe-lhes a crítica severa e os comentários de reprovação em público, principalmente realizados pelos preceptores do serviço e algumas vezes pelos próprios professores, gerando uma desconfortável situação de constrangimentos.

A entrada no quarto é imediatamente feita pelo chefe do serviço, seguida dos demais professores, dos residentes e doutorandos, e pelos demais profissionais. O residente que vai apresentar o caso se destaca dos demais e assim todos lhe dirigem a atenção bem como para o paciente a que este se refere. Os exames radiológicos e as papeletas são dispostas no próprio leito do paciente, assim como as pastas pessoais de alguns professores, sem haver a preocupação da equipe em poupar-lhes o incômodo.

Os olhares, inicialmente, são de atenção para o paciente, sendo em seguida direcionada a atenção à história que se desenvolve, para a partir daí seguirem os comentários e discussões.

Os pacientes se ajeitam o mais que podem quando da entrada do grupo. Alguns os observam atentamente; outros os ignoram, permanecendo com o olhar fixo num ponto qualquer; outros sorriem enquanto seguem com a cabeça aquele que dirige momentaneamente o comentário; outros parecem não se incomodar e permanecem do jeito que estão e os que sentem dor, a suprimem temporariamente, de forma a não chamar a atenção da equipe.

Duas circunstâncias chamaram a atenção durante uma dessas visitas. Uma delas, diretamente ligada à aparência física do paciente. Com a entrada da equipe a seu quarto, ele cobriu-se totalmente com o lençol e assim permaneceu durante toda a visita. Aparentemente não foi dada atenção ao fato e assim a visita teve continuidade. Ao ser indagado, posteriormente, por mim, este alegou “ser feio” por estar sem dentadura e assim achou melhor que ninguém lhe visse a “feiúra”.

A outra circunstância ocorreu com uma paciente, em que momentos antes da entrada da equipe a seu quarto se encontrava sentada encurvada sobre os joelhos no leito, com a face expressivamente denotando a dor e

ligeiramente gemente. Esta, se recompôs assim que a equipe, deitando-se no leito e suprimindo a sua dor de forma sofrida e constrangedora para os mais atentos. Era visível o esforço que ela fazia para contê-la a dor e aparentemente nenhum membro da equipe denotou perceber.

Os pacientes se comportam silenciosamente, podendo qualquer comentário realizado pelo paciente durante a visita ser duramente repreendido pelo residente, principalmente se o paciente estiver fazendo colocações que não foram previamente reveladas a este acerca de sua evolução. Colocações que não comprometam a ação médica não são normalmente levados em consideração pela equipe.

É frequente haver dispersão do grupo, principalmente aqueles que não conseguiram entrar ao quarto, uma vez que não comporta a todos.

O calor é intenso e gerador de um certo mal-estar aos presentes, uma vez que estes se vestem com jalecos brancos, inadequados ao clima e transpiram consideravelmente. Controlam o mais que podem o desconforto, o que é visível pelo ar de transtorno e impaciência fracamente demonstrados.

Muitos se colocam no corredor, especialmente alguns professores, que fumam, saem para atender telefonemas ou estabelecem conversas paralelas com residentes ou outros profissionais.

Quando se direcionam para outro quarto, fazem-no em grupo. Neste momento, parecem se descontraír um pouco, permitindo-se alguns comentários em tons jocosos.

Durante a visita se comportam de forma pouco esperada para uma equipe médica, segundo á representação que estes pacientes parecem ter sobre o comportamento do médico.

Quando eles discutem entre si e discordam tecnicamente de algumas condutas ou de interpretação de resultados laboratoriais, ou se comportam de forma a fazerem comentários variados na frente dos pacientes sem se importarem com sua presença, geram nestes últimos uma certa indignação.

Um relato de uma paciente sobre uma situação desse gênero pode melhor exemplificá-la:

*“...Mas eu acho que independente disso aí, acho que eles deviam ter mais respeito, mais respeito entende? entre eles mesmo e com o paciente né? ainda ontem, quando aconteceu umas brincadeiras aí... o professor deu o maior esporro neles né?...” (L.F, 40 anos, funcionária pública)*

Um outro paciente comenta o assunto, desta vez, em relação a seu próprio estado de saúde:

*“...tava se falando do caso de tirar minha vesícula, como foi feito. Ele disse (refere-se a um professor): ‘É mais esse paciente tem uma sobrevida...’. Quando ele falou em sobrevida, eu já fiquei de orelha em pé. Aí tentei entrar, entrar com a orelha na conversa, ele disse: ‘Vamos conversar aqui fora’. Ora, aquilo foi de matar. Talvez ele não tenha nem notado que eu escutei, ou ele pode ter falado outra coisa, com outra pessoa... me disseram depois que não era meu caso, que era o caso de outra pessoa e tal.” (FV, ex-paciente do serviço)*

As visitas são realizadas também ao final da tarde, ao término do ambulatório. Esta é normalmente realizada pelo residente mais antigo, presente nesse momento e seguida por mais alguns, juntamente com os doutorandos do serviço. Tendem a reproduzir o mesmo ritual de visita de seus professores, apesar de o fazerem com descontração. O número de participantes é reduzido e apenas os casos mais delicados ou pendentes é que são vistos.

As reuniões clínicas ocorrem às quintas-feiras e se caracterizam pela presença do chefe do serviço, do corpo docente, dos preceptores, dos residentes e doutorandos, e em algumas situações, da participação dos alunos da disciplina de cirurgia abdominal.

Eventualmente participam a assistente social e a psicóloga, ou ainda, alguma residente de enfermagem.

O chefe do serviço dá início à reunião, normalmente apresentada pelos residentes e posteriormente discutida pelos professores. Aos residentes não cabem intervenções, salvo para explicações que se façam necessárias durante a apresentação.

Estas reuniões são caracterizadas pela disputa acirrada pela detenção do conhecimento científico, com insuflação dos ânimos na maior parte das vezes durante as discussões. Ao chefe do serviço cabe a solicitação da opinião dos colegas, seguidas pelos preceptores, cabendo-lhe a palavra final. Nas reuniões, são discutidos casos clínicos, apresentação das complicações cirúrgicas e os óbitos do mês.

Caso a apresentação não tenha subsídios suficientes, os residentes são severamente repreendidos, sendo muitas vezes motivo de chacotas e brincadeiras destrutivas oriundas dos próprios professores e dos preceptores, tornando o ambiente tenso e desconcertante.

Uma situação do gênero foi vivida por um residente novato, que muito antes de se apresentar à referida reunião, apresentava-se visivelmente agitado, com mãos trêmulas e sudorese profusa. Conforme previsão intuitiva na véspera, este foi motivo de muitas chacotas e repreensões, tendo sido suspensa a sua apresentação pela falta de alguns exames necessários à compreensão do caso.

Os preceptores que desejam se sobressair têm nestes momentos a oportunidade de se manifestarem e competirem claramente com os próprios professores, chegando muitas vezes a discordar abertamente dos mesmos. Estes parecem desejar arduamente o reconhecimento do chefe do serviço, que os instiga para que manifestem sua opinião e por fim se posiciona, tendo tido o cuidado prévio de ouvir os demais professores.

Quando as opiniões são divergentes, percebe-se certa apreensão entre os preceptores, que aguardam o posicionamento final dos professores ou do

chefe do serviço. Com certa frequência um preceptor se posiciona, na maior parte das vezes, contrariamente a maioria; a situação final é definida pelo chefe, que se dirige com certa cautela ao referido, informando-o ou orientando-o para que se atualize sobre o assunto em questão, ou reconsidere o seu ponto de vista.

As considerações referentes ao posicionamento dos preceptores é feita com cautela pelo chefe, diferentemente dos residentes, que recebem duras críticas e repreensões. Não é admitida a mínima falha e caso esta ocorra durante a discussão do mesmo, o residente é convidado a encerrar a sua apresentação.

### 3.3 - CONTEXTUALIZAÇÃO SITUACIONAL

Conforme exposição realizada nos diferentes contextos sobre o qual se desenvolvem as atividades do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, observa-se que estas refletem diferentes níveis de interação, partindo do desempenho e ocupação de papéis e lugares socialmente determinados para seus principais atores sociais.

Sob esta perspectiva, pode-se apreender cada contexto aqui registrado - ambulatório, enfermaria, visitas e reuniões clínicas - como reflexo de relações de poder instituídas a nível hospitalar e a partir de um saber que se tornou cristalizado ao longo do tempo.

Cada contexto, caracterizado por complexas redes de interação, reflete uma situação evidentemente diferenciada para cada ator social e destes entre si (notadamente no que se refere a hierarquia entre professores, preceptores e residentes).

Esta situação, que se reflete no cotidiano hospitalar, nas práticas instituídas e na relação terapêutica, proporciona aos pacientes um estar

institucional marcadamente desfavorável à sua expressividade, conforme acima descrito.

O que se pretende no próximo capítulo é compreender de que forma as relações sociais entre médicos e pacientes se desenvolvem neste contexto e possibilitam um estar institucional marcadamente apagado a estes últimos.

A situação de hospital-escola requer atenção especial neste caso, por se tratar de um espaço formador de profissionais, reprodutor de práticas e de um modelo de assistência de saúde, distanciado em muito da realidade da população frequentadora de seus serviços.

#### 4 - HOSPITAL: ESPAÇO DE INTERDIÇÃO DA EXPRESSIVIDADE À DOR

A expressividade, de uma maneira geral, reflete a forma particular de experienciar e demonstrar os sentimentos e sensações - alegria, tristeza, prazer, dor, luto, entre tantas outras - segundo as mais diversas situações e circunstâncias a que estejam sujeitos os indivíduos em seu cotidiano. Ao expressá-la, o indivíduo reflete o dizível do indizível, o permissível do não-permissível de acordo com os valores implícitos e intrínsecos cultivados pelo grupo social do qual faz parte.

Mauss (1979), Rodrigues (1980), Breton (1991), entre os mais significativos, ilustram a diversidade de formas de expressão ligadas aos mais diversos grupos sociais existentes na superfície da terra, como exemplo de ocorrência universal, presente entre os povos.

O primeiro faz referência a esta como um tipo de linguagem social, posto que "sinais de expressões entendidas"(1979, p.153) conforme o autor, dotada de significado e, portanto, eminentemente simbólica, do qual a leitura requer do estudioso mais que uma simples interpretação do fato a partir de sua observação; requer antes, uma apreensão do contexto no qual se manifestam, evidenciando acima de tudo uma comunicação, tornada pública e portanto de domínio do social.

Rodrigues (1980, p.99) também faz referência à expressividade como uma linguagem, segundo ele 'tão coletiva como qualquer outra', resultado da codificação social e portanto, pertinente a cada sociedade em particular.

Para Breton (1991, p.68), o corpo e a linguagem resultam de uma simbólica social da qual sua apreensão e suas diferentes formas de expressão resultam do reconhecimento desta, ou seja, do sistema de referência próprio ao indivíduo.

A expressividade é largamente convencionalizada, conforme se constata, parte do reconhecimento de certas categorias de apreensão que o grupo valoriza ou descarta e os repassa a seus elementos ao longo do cotidiano, permitindo ou não a sua expressão face a determinadas circunstâncias sociais.

No que diz respeito à expressividade à dor e ao sofrimento, à semelhança da convenção instituída, esta lhe parece reservar um controle maior, visto que potencialmente ameaçadora aos valores do grupo ao parecer lembrar-lhe sua iminência de finitude (Pitta, 1990, p.25). Assim decorre a necessidade de silenciar o corpo, controlá-lo e principalmente, contê-lo publicamente para aquelas sensações potencialmente ameaçadoras.

O "apagamento" das expressões mais sutis do cotidiano, reserva a expressividade para aquelas situações nas quais as emoções se achem fortemente carregadas - prazer, luto, dor, fadiga, outros - e ainda assim, mesmo estas, expressas sob a vigilância proporcionada pelo meio (Marinho, 1994, pp.10-1) ou pela presença do outro (Rodrigues 1980, p.156).

As discussões acerca do adoecimento e da dor em especial ganham dimensões que extrapolam o fisiológico, quando se consideram as diferentes formas de respostas e condução à mesma entre os diferentes povos e em diferentes tempos.

Guyton (1977), Wolff e Langley (1977), Rodrigues (1980), Freyre (1983), Berlinguer (1988), Mello Filho (1988), Perestrello (1989), Nunes (1989), Canguilhem (1990), Breton (1991), cada qual nas suas mais diversas áreas de estudo, consideram em maior ou menor proporção uma certa interrelação entre estas e os componentes psicológicos e sócio-culturais - ou ecológicos, segundo Freyre (1980, p.185) - que permeiam a dor e a sua expressão.

Ao se considerar a dor resultado de uma condição que escapa ao estado de normalidade aparente do homem e a sua expressividade como resultado deste processo, considera-se esta eminentemente individual (na medida em

que se remete ao corpo), ao mesmo tempo que social, uma vez ligada a simbólica do grupo do qual é parte integrante.

Assim sendo, expressá-la, constitui uma via de mão dupla: de um lado trafegam as sensações de desconforto, proporcionadas pela dor, que se encaminham a uma instituição onde possa ser comunicada, e do outro, seu reconhecimento seguido de uma interpretação - nem sempre compatível com aquela oriunda do doente - realizada a partir de um referencial que em muito se distancia daquele de origem, porém legitimado e normatizador.

Entre a dor e a sua resolução, proposta pelos médicos, se interpõe uma rede de fatores que se relacionam de forma a proporcionar ao indivíduo, agora institucional e reconhecidamente paciente, um aguçamento de suas sensações de sofrimento, proporcionadas pelas condições de atendimento em que tais práticas de atenção se desenvolvem e através do controle institucionalizado de seu comportamento e de suas sensações.

A entrada do indivíduo na instituição hospitalar pública é marcada pela aquisição do papel social de paciente institucionalizado, conforme Goffman (1992), garantido a partir de seu reconhecimento enquanto doente e portanto, transitoriamente eximido de sua condição de sujeito social.

As implicações decorrentes desta condição se reportam, na prática, às acomodações deste paciente ao hospital: obediência às normas e sujeição de seu comportamento e suas sensações a uma prática institucional que não prioriza a expressividade de seus internos, o que se revela por seu apagamento e por um sofrimento em parte silencioso. Sob estas condições e somente sob estas a prática médica institucional se desenvolve, para a garantia de seus principais atores sociais.

Assim, o que se pretende neste capítulo inicialmente é evidenciar algumas situações de controle à expressividade dos pacientes do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas como revelador de um contexto, voltado eminentemente à obediência à ordem institucional, propiciando aos mesmos um sofrimento adicional àquele já existente.

Em seguida, pretende analisar com mais detalhes como o hospital se garante como campo de legitimação de papéis e de práticas, e de como o paciente se situa neste contexto, preservando-se a partir do apagamento de sua expressividade à dor.

#### 4.1 - A EXPRESSÃO DOS PACIENTES NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O Hospital das Clínicas não poderia se constituir diferentemente daquilo que parece ser pertinente às instituições de uma maneira geral e aos hospitais em especial: a inserção do paciente ao meio hospitalar é dado a partir de um processo de admissão caracterizado pela subtração temporária de sua condição de sujeito social, pela sua transfiguração pessoal (na medida em que se despossui de seus bens pessoais que os identificam enquanto sujeitos), pela substituição de seu nome quer por sua identificação enquanto entidade nosológica, quer por sua omissão, por esquecimento ou desconhecimento do profissional que trata (atribuído a demanda dos serviços) e por sua permanência hospitalar como sendo marcada pelo exercício de sua submissão e obediência à ordem e à disciplina.

A passagem ou permanência transitória pelo hospital institui neste, a partir da própria admissão, não apenas a obediência às normas alí implícitas - capazes de produzir uma certa retração da expressividade em detrimento ao cumprimento das mesmas - mas acima de tudo a definição de papéis, o desenvolvimento de relações baseadas na hierarquia, a submissão à ordem e à disciplina, conforme descrito por Luz (1984, p.179).

Por outro lado, o paciente parece se utilizar de certos “mecanismos de sobrevivência” (ênfase minha) ao meio hospitalar, na medida em que ele resiste a certas determinações que lhes parecem desnecessárias ou

ameaçadoras, restando-lhes resguardarem-se através do apagamento de sua expressividade e do não-cumprimento às ordens médicas, entre outras.

No que se refere ao Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, a chegada do paciente é marcada pela intermediação de uma atendente entre este e o profissional que proporcionará o atendimento, revelando em si uma estrutura hierarquizada, característico das instituições de saúde, e portanto, de acesso restrito a seus pares.

A atendente se revela através da ordem que impõe e dita aos pacientes, anteriormente ao contato deste com o médico, determinando-lhes o lugar pertinente a seu papel: papel de paciente, sujeito às intervenções proporcionadas pela instituição, cujos direitos se encontram transitoriamente deslocados para os seus principais representantes, os médicos.

Assim se constata, por exemplo, a repreensão ao 'atraso a consulta', ao mesmo tempo em que se verifica - ocasionalmente - a reação do paciente à mesma. Esta situação é vivida duplamente pelo paciente: inicialmente realizada pela atendente e, posteriormente, pelo próprio médico, reforçando através de sua autoridade, a obrigatoriedade do cumprimento às normas em garantia do atendimento prestado.

Como resposta, o paciente verbaliza seus protestos através do questionamento das normas, enfrentando-os, ou ainda, verbalizando-os junto à outros pacientes igualmente repreendidos, fora da presença dos profissionais, ainda que a estas se submetam.

A consulta ambulatorial é rápida e objetivada: presta-se, sem perda de tempo, a anamnese (história clínica), que pode ou não ser seguida pelo exame físico.

Nesta, o médico conduz a entrevista, na medida em que o paciente lhe relata o motivo de sua consulta. A precisão de suas perguntas proporciona-lhe uma certa restrição nas respostas, ao mesmo tempo que o isenta de fazer referências a outras queixas ou situações que por acaso venha a considerar importantes, se constituindo desconhecidas para o médico.

As tentativas de explicação adicionais são, de uma maneira geral, descartadas pelos médicos, o que pode ser observado na forma como este detém sua atenção na redação dos prontuários ou na solicitação de exames complementares, aparentemente 'desligando-se', neste momento, de quaisquer colocações advindas do paciente. Quando mais presentes, solicitam que repitam as colocações, seguidas ou não de comentários e posterior retorno de sua atenção às suas atividades.

Esta situação se encontra de acordo com a leitura proposta por Duarte (1987), quando se refere à convivência contraditória entre a racionalidade médica e o conhecimento popular, ponto de desencontro entre os diferentes saberes a que estão sujeitos médicos e pacientes, mesmo que sobre estes pese a necessidade recíproca de compartilhamento de informações, como as que se fazem necessárias durante a consulta.

Quanto a não realização do exame físico e sua substituição por exames complementares, esta pode proporcionar, para alguns pacientes, a sensação de que não foram 'ouvidos' em suas queixas, tratando-se esta não apenas do fato de 'ouvir uma mensagem', mas da necessidade do paciente ter reconhecido e identificado através do toque físico deste profissional, o motivo de suas dores e sofrimentos, o que se encontra de acordo com Loyola (1984, p.182) quando nos diz:

**“ Se ele ouve com atenção a descrição dos sintomas, se examina, quer dizer, procura no corpo os sinais da doença, se solicita exames para confirmar seu diagnóstico e, sobretudo, se explica ao paciente sua doença, a ação dos medicamentos prescritos e a maneira adequada de usá-los, é considerado 'um bom médico'.”**

Ferreira, por sua vez coloca: “ (...) o fato de ‘bater um papo’, ‘conversar’ (aspas da autora), são mais importantes que as outras etapas da consulta e se não forem privilegiadas pelo médico na consulta, podem significar uma falta de atenção por parte deste (1993, p.63)”. E continua mais adiante: “ Assim, a eficácia da consulta médica depende de todos os atos envolvidos nela, mas permeados por uma boa relação entre o médico e o paciente (1993, p.68)”.

Um relato desta natureza pode ser apreendido em uma paciente do serviço:

*“ (...)eu disse: eu tô com dor e tudo... e aí contei tudo de novo assim... aí eu disse assim: nenhum médico veio me tocar, nenhum, não sei porque... aí ele disse: ‘ vamos pra outra sala lá’. Aí pronto. Eu agradeci, ele... ficou o tempo todinho, aperta aqui, ali... não sei o quê, pediu pra respirar... então foi o único que fez um... então eu tava querendo isso”.(LF, paciente do serviço)*

A observância aos princípios norteadores da anamnese clínica impõe restrições aos profissionais em formação e treinamento acadêmicos, quando estes os seguem ritualisticamente, de forma a permitir uma mínima participação do paciente ou mesmo a isentá-lo, conduzindo-o ao lugar daquele que sofre e desconhece sua desorganização, necessitando da reordenação de sua saúde, suas emoções e suas idéias.

A intervenção médica surge assim, como única capaz de decifrar-lhe o sofrimento, nomear-lhes as desordens, destinar-lhes atenção especializada, pondo ordem ao caos originado.

O paciente é concebido como profundo desconhecedor de seu corpo e de suas sensações, sendo praticamente inexistentes as tentativas para seu esclarecimento.

As queixas oriundas das “classes populares” - para fazer referência a Boltanski - são conduzidas com restrições por residentes e acadêmicos, na

medida em que lhes lembram durante a anamnese, o lugar a que deve se colocar o paciente, dado o conhecimento científico não lhes ser autorizado.

Na prática, se observa o sarcasmo com que encaram a utilização de jargões médicos 'mal empregados' pelos pacientes, a repreensão por sua utilização ou ainda o silêncio revelador de seu descaso e sua autoridade, de acordo com Loyola (1984), Luz (1986), Boltanski (1989) e Pitta (1990).

Minayo (1994, p.181) interpretando Bathkin, coloca acerca do "código de linguagem fechado e específico" utilizado pelos médicos, que estes ao separarem o sujeito de sua realidade existencial (sua classe e seus condicionamentos) e reduzir-lhe a doença a determinado órgão, desenvolve uma prática de atenção que prescinde do corpo e de suas sensações, reduzindo-o a "mensagens infracorporais fornecidas por equipamentos laboratoriais", restringindo assim o papel do corpo como elemento sinalizador, ou seja, como veículo de informações.

Ao paciente é "permitido" o direito às sensações, conforme salienta Luz (1986:40). No entanto, a estas se impõe uma norma implícita de comportamento institucionalizado cuja expressividade latente se debate entre revelar-se e tornar-se pública nesse ambiente, ou limitar-se à débil expressividade ou a seu apagamento, como denomina Breton (1991).

O relato de um preceptor pode ser aqui utilizado para ilustrar a inexpressividade destes, corroborando com as observações apreendidas durante o desenvolvimento deste trabalho no hospital, no que diz respeito a este apagamento e a não comunicação acerca de sua dor a equipe que o trata:

*" Eu acho ... olha... é uma coisa muito, não é muito comum encontrar. Eu acho que diante do médico, eles, não sei se... varia muito de doente pra doente o que eu tô falando, mas nem sempre tudo o que as pessoas sentem elas dizem para o médico, nem sempre né?(...) Eu não acho muito comum. Muito comum não, certo? no ambulatório eu num... num encontro isso, mas... a maioria das pessoas, não são pessoas que vivem*

*exteriorizando pra aqui pra gente os seus sentimentos.”(BA, preceptor do serviço)*

Uma passagem marcante, ocorrida na enfermaria, evidencia a supressão da expressividade da dor, vivida sob a forma de um certo sofrimento silencioso.

A paciente suprime do residente no transcorrer de seu pós-operatório imediato - no qual se é esperado uma exacerbação da dor uma vez passado o efeito da anestesia -, as informações referentes à dor, suportada por um prolongado espaço de tempo.

Uma vez sem mais suportá-la, chora silenciosamente em seu leito.

Chama atenção à negação da dor que sente ao residente, quando este a interpela sobre seu estado, ao mesmo tempo em que se denota em sua expressão um sofrimento latente e visível, passado despercebidamente pelo mesmo.

Os médicos não parecem questionar rotineiramente a seus pacientes acerca de suas dores, pelo menos, no pós-operatório imediato nos quais estas se encontram exacerbadas.

Os questionamentos médicos se dão de uma forma mais abrangente e genérica acerca de seu estado de saúde, de maneira que não parecem contemplar diretamente a dor, a ponto de tornar-se apreensível pelo paciente e comunicada por ele.

Helman (1994, p.169) argumenta a influência da personalidade médica sobre a maior ou menor possibilidade de expressão do paciente, para justificar a sua incomunicabilidade a estes, sem considerar outros aspectos essenciais à sua compreensão.

Esta débil expressividade também pode ser apreendida no momento da consulta e proporcionada pelo acompanhamento assistemático e variado de profissionais do serviço.

O que contribui para a ausência de identificação deste com um médico em particular, “o seu médico” - necessário ao processo recíproco de

reconhecimento e referência do serviço -, ao mesmo tempo que se constitui motivo diversificado de queixas entre os próprios médicos e pelos pacientes, conforme se observa nos seguintes relatos:

*“(...) a estrutura do hospital ele faz com que o doente que seja atendido por mim no ambulatório, visto por mim, diagnosticado, seja as vezes operado por outra pessoa. E muitas vezes você não faz nem o pós-operatório desse paciente, ele não volta pra você”.(CA, residente R5)*

*“Uma coisa que prejudica muito também lá em cima é que nós somos vários, certo?então, na realidade, aquele... aquele estigma que você tem, como doente que tem que se identificar com um único médico. Não é bem, não é bem assim que funciona o serviço,certo? porque o doente constitui-se, ele é paciente do serviço e não é paciente do residente fulano, que o residente fulano passa pouco tempo, certo?”(CC, residente R4)*

*“Olhe ... a minha experiência ... eu passei por três médicos, né?eu vim aqui três vezes... e todas as três vezes o médico mal olhava pra mim”.(LF,paciente do serviço)*

A brevidade do contato com o médico, decorrente muitas vezes da demanda do serviço e de seu atendimento à burocracia, associado às condições de realização da consulta - inexistência de privacidade, exposição de partes de seu corpo sem a devida proteção durante o exame, a presença constante de acadêmicos, que se aglomeram no restrito espaço da sala do ambulatório, as constantes interrupções para atendimento a outras chamadas, entre as mais significativas - favorecem o retraimento dos pacientes, assim como a fugacidade e ao esfacelamento dessas relações, constituindo-se espaço desprovido de ação medicalizadora, conforme atesta Luz (1986, p.179).

Em nome do “tempo” justifica-se a atenção breve e fugaz destes para com seus pacientes, apreendidos a partir das atribuições médicas diversificadas, do número de pacientes a serem atendidos, do número de cirurgias a serem realizadas, das exigências burocráticas do serviço, da

escassez material e de alguns recursos considerados essenciais ao exercício de suas funções.

Tais evidências contribuem para a compreensão, entre outras coisas, do motivo pelo qual os pacientes deste serviço, em sua grande maioria, desconhecem o nome do profissional que os acompanha, referindo-se aos mesmos a partir de suas características físicas mais evidentes, através de uma situação proporcionada pela consulta e vivida como desigual (com exacerbação do quadro doloroso em função de um exame físico mal conduzido) ou ainda decorrente de uma exposição pública considerada desrespeitosa pelo paciente (dado o contexto em que se realizou e o número de participantes, anônimos para o paciente na maior parte das vezes) mediante o comportamento médico não condizente com a representação que estes possuem de seu perfil profissional.

Duas pacientes relatam, com detalhes, situações desta natureza, vividas no ambulatório e na enfermaria respectivamente, exemplificando com isso no primeiro caso o seu desconhecimento total acerca desse profissional e no segundo, as críticas desfavoráveis ao comportamento médico inesperado.

Segue-se parte dos relatos:

*“ Ele deve tratar a pessoa bem. Tratar a pessoa normal. Porque ele vem com aquela, eu já tava sentindo a maior dor, eu já tava sentindo, não tava aguentando, que tava passada de dor mesmo e lá vem ele com aquela mão, enfiando, com aquela ignorância pro meu lado... eu disse: ‘É... mas não é no Sr.Dr., por isso o Sr. faz isso’.Ele disse: ‘ah... isso não vai acontecer comigo não’. Eu disse: ‘O Sr. sabe? Deus é que sabe’. Aí pronto, foi quando ele se calou.(...)Eu não sei o nome dele não... sei que era um moreno... um moreno meio forte.”(LG, paciente do serviço)*

*“(...)Ainda ontem, quando aconteceu umas brincadeiras aí... o professor deu o maior esporro neles né? ou eles prestavam atenção ou tinham que se ajeitar... eu achei muito interessante isso aí porque eles sempre entram assim mesmo, com brincadeiras,*

*sabe?fica limpando óculos, fica passando a mão no sapato...(...) e eles ficavam batendo boca assim, de frente pra mim, discutindo uma coisa assim e eu acho que isso devia ser discutido em outro local e não aqui (se refere ao quarto)...)Isso foi uma coisa que me tocou assim... pareciam meninos primários, né?”(LF, paciente do serviço)*

Estas evidências apontam para cenas representadas por atores anônimos, que não se identificam, que não se nomeiam diante dos pacientes e os expõem a comentários, exames, visitas e discussões que lhes dizem respeito, mas não lhes permitem participação. Os protestos dos pacientes, tímidos e revelados às escondidas em sua maioria, constataam uma certa indignação, aliada ao mesmo tempo à submissão, às normas institucionais, dada sua condição de pacientes de um hospital-escola, de necessitados, de não-pagantes.

A primeira paciente relata um sofrimento adicional que se incorpora à dor física, tornada suportável e justificada apenas em função de sua necessidade de sobrevivência, devido às peregrinações entre alguns hospitais da rede pública do Estado e às incertezas de seu caso. Este relato ilustra falhas proporcionadas por um tipo de atendimento espaçado, descontínuo, pouco ou nada esclarecedor e não resolutivo, resultando com isso num repetitivo iniciar: numa outra instituição, com outros profissionais a solicitar novos exames físicos, de imagem ou laboratoriais, proporcionando um desgaste acumulado e alimentando a descredibilidade frente aos serviços prestados, como se segue abaixo:

*“Eu vou pro médico porque eu me sinto doente, porque se eu não me sentisse doente eu não tava pra frente e pra trás, pra frente e pra trás não, porque a coisa... a pior coisa do mundo é a gente se acordar de manhã cedo, toda de manhã cedo pra ir pro médico... eu só venho porque eu sinto, porque eu sinto o que tem dentro de mim. Por isso que eu venho. Mas se eu não sentisse nada, eu não vinha pra médico não. Porque*

*eu tenho a maior raiva do mundo de tanta conversa, de tanta conversa. Eu só quero um jeito. Porque eu me sinto doente.(...)Porque a gente vem, quando chega é a conversinha, a conversinha e não sei o que... aí eu fico medonha porque eu fiz o exame três vezes aqui e o médico: 'Tenha paciência, cadê os exames?'. Eu faço os exames todinhos. Eu fiz os exames todinhos. E aqui a moça... Como é, esses exames eu vou levar ou vai ficar? 'Não. Os exames fica tudinho aqui, quando você for pro médico se operar-se tá tudo lá, os exames no prontuário'... E quando chego aqui o médico dizia pra mim que o exame não tava e que eu não tinha feito nenhum exame. É por isso que eu ficava muito chateada com isso".(LG, paciente do serviço)*

A nível da enfermagem, os pacientes se instituem a partir da incorporação de normas e rotinas estabelecidas por seus profissionais. Seu estar é permanentemente controlado, indo de suas funções eliminatórias a observância de seu comportamento: se colabora, se solicita, se espera, se agradece, se cumpre as determinações médicas e de enfermagem, se se queixa com frequência, se questiona a equipe ou o serviço, se expressa as sensações, se incomoda, enfim seu existir é disciplinado, conforme descrito por Foucault (1979, p.106).

Situações evidentes de sofrimento doloroso se sucedem nesse ambiente em função das práticas de atenção à saúde: incisões cirúrgicas, curativos, exames invasivos, efeitos colaterais e adversos a certas drogas, entre tantos outros, constituem o dia-a-dia de pacientes e profissionais. Aos primeiros se é imposto o controle da dor, justificando-se a presença desta como pré-requisito para reavaliação de seu restabelecimento, muitas vezes realizada sob ameaça de maiores sofrimentos e privações pelos profissionais.

Aos profissionais - e aqui se faz referência a todos aqueles que lidam diária e diretamente com os pacientes - cabe o exercício de uma função que também requer controle e equilíbrio profissional, apreendidos na prática através do que Pitta (1990, p.65) muito oportunamente denomina de 'mecanismos de defesa estruturados', utilizados não apenas para a difícil tarefa

de tratar e conviver com a dor e sofrimento alheios e garantir o exercício profissional com um mínimo de sofrimento pessoal como propõe a autora (1990, p.68), mas com isso ressaltar o espaço e o lugar sociais ocupados por estes e assim preservar o discurso oficial e a hierarquia institucionalizada entre eles.

Dessa forma, atender às normas e rotinas estabelecidas significa comportar-se, segundo à pertinência a estas mesmas ordens e aos conceitos definidores de um comportamento dito 'normal'. Reverencia-se com isso a instituição através de seus representantes, para que eles continuem no exercício de suas atividades e assim possam garantir seus discursos e suas práticas legitimadoras, sobre um grupo que apesar de numeroso é inexpressivo e incapaz de contrapor um discurso concorrente, diferentemente do que ocorre nas classes diferenciadas, e assim se submete às mais diversas situações de provações e privações.

O apagamento da expressividade à dor parece estar tanto a serviço do atendimento às exigências institucionais, e conseqüentemente, à manutenção dos papéis sociais nela existentes, como também ao "mecanismo de sobrevivência" (ênfase minha) utilizado pelo paciente frente às adversidades, porque terá que passar, quando de sua passagem transitória pelo hospital.

As reações à dor se manifestam quando escapam ao "controle" do paciente e lhe são sentidas fortemente. Frente a situações nas quais a sua expressividade elicitaria uma resposta da equipe a esta - envolvendo uma intervenção aguçadamente dolorosa para erradicá-la -, o paciente a suprime e sofre silenciosamente, notadamente quando sobre estes pesam as diferenças de classe.

Os professores assim justificam o seu comportamento frente às classes diferenciadas e populares:

*" Eu não posso chegar a um doente de determinado nível de padrão sócio-econômico elevado, mais alto e ter um tipo de conversa, uma abordagem ou um tipo de*

*proposta... em que seja muito simples, ou sem levar ele detalhes mais específicos em relação ao doente de maior, maior nível.”(AC, professor do serviço)*

*“ Existem várias formas de você se relacionar com as pessoas. Tá claro que se eu pegar um doente que não tem cultura, eu não diria a condição social, mas a condição social está muito relacionada com a condição cultural... então eu tenho que falar com o doente numa linguagem que seja própria do doente e não a minha, sabe? então eu tô aqui falando com você e estou usando alguns termos que certamente eu não usaria com clientes muito simples.” (AD, professor do serviço)*

*“ Eu acho que o nível sócio-econômico me dá a maneira de como eu tenho que me aproximar dele. Eu vou modificar minha linguagem em função do que eu estou vendo. Do nível sócio-econômico dele. Mas o meu resultado, quer dizer, a minha procura de aproximação com ele não depende do nível sócio-econômico que tem que ser estabelecido qualquer que seja o nível sócio-econômico”.(AB, professor do serviço)*

A este respeito, Boltanski (1989, p.39) faz o seguinte comentário:

*“ Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos ‘modos’ dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, de sua ‘familiaridade’, ou ‘amabilidade’ ao ‘orgulho’, ou ‘arrogância’, talvez seja também porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos de pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente.”*

Bourdieu (1990) explicita esta situação de aparente e real ausência de representatividade dos pacientes, como decorrente de um capital simbólico insuficiente para se contrapor ao discurso médico, diferentemente do que ocorre nas classes diferenciadas, o que pôde ser apreendido pelo relato dos professores.

Um ex-paciente do serviço pode ilustrar o reconhecimento da ausência de repercussão das queixas provenientes de outros pacientes aos médicos, ao relatar não somente sua condição de desfavorecimento no ambiente hospitalar, mas também o reconhecimento do lugar por estes ocupados neste espaço, o que se encontra de acordo com Bourdieu (idem):

*“(...). Quem tá doente acha que tem motivo pra reclamar toda hora. E tome reclamar. Mas reclama o quê aos médicos? reclame... não adianta nada. É assim que não tem repercussão.”(FV, ex-paciente do serviço)*

Situações de humilhação e provocações vividas na enfermaria por alguns pacientes ilustram sua condição de submissão e a violação de seus direitos transitoriamente suspensos.

Pacientes com patologias dolorosas crônicas e incuráveis se submetem às mais dolorosas e vexatórias situações de aguçamento destas em nome de seu restabelecimento. As circunstâncias que antecedem o tratamento propriamente dito - transporte em automóveis desconfortáveis, espera prolongada para retorno ao hospital, maus tratos dos motoristas da instituição, entre os mais evidentes - quando realizadas fora da instituição, conduzem ao agravamento desta, posto que exacerbam o processo doloroso.

Um paciente do serviço relata tais provações ao reconhecer sua incapacidade transitória de protestar e exigir condições mais dignas e menos traumatizantes para o tratamento a que se submete, ao mesmo tempo em que reconhece não ser atendido em suas solicitações e sofrer retaliações caso exija reparações.

As queixas de maus tratos, supressão de medicamentos, provocações morais sofridas pelos pacientes, entre as mais frequentes, dizem respeito diretamente aos auxiliares de enfermagem.

Estes profissionais, que constituem número relativamente pequeno frente às necessidades do serviço e dos pacientes, desenvolvem um trabalho mais próximo para com estes, porém realizados de forma técnica, ritualizada e silenciosa, separada da “minoría pensante, detentora do conhecimento” e executando atividades consideradas “desqualificadas e repetidas”, conforme Pitta (1990, p.56). Associado a esse tipo de trabalho, eminentemente manual, soma-se a aparente falta de prestígio e reconhecimento a que tais profissionais estão sujeitos neste serviço, geradores de insatisfações de grandes dimensões, conforme relatado na etnografia.

Os pacientes normalmente se submetem a estes em silêncio e quando questionam ou desejam informações, referentes a sua própria condição, se defrontam com o silêncio como resposta.

A resposta tarda a chegar e quase sempre realmente não lhes chegam, o que pode ser observado no relato de uma paciente do serviço quanto a omissão de informações oriunda desses e também dos médicos da equipe:

*“ (...)se ele tem que passar por aqui, ele tem que me dizer alguma coisa porque... já faz treze dias hoje, entende?sei lá... assim, tudo bem que não diagnosticaram ainda, mas o médico ele tem que comunicar mais ou menos o que é que a gente tem, sabe.(...)vai tirar a temperatura também, eu fico querendo saber e elas não chegam pra dizer... não conta. Eu sempre é que procuro ver como é que tá...”(LF, paciente do serviço)*

Assim, ao mesmo tempo em que os pacientes reconhecem como evidente a condição ocupada neste espaço e a distância social que os separa, assim permanecem no transcorrer do processo de recuperação à saúde, uma vez se constituírem elementos transitórios na instituição hospitalar.

É a transitoriedade de sua permanência neste espaço, que propicia a sua sujeição às mais diversas situações de provação a que se submetem, conforme relato acima.

Desta forma, se justificam a sujeição aos maus tratos proporcionados por alguns auxiliares de enfermagem, assim como àqueles oriundos do motorista da ambulância, sem que se façam conhecer pela chefia imediata - e alguns casos até chegando a fazê-lo, desde que estejam em alta hospitalar.

Os pacientes reconhecem estas condições de desfavorecimento, ou como nos propõe Bourdieu, tendem a percebê-lo como evidente (1990, p.158).

As justificativas atribuídas para a sua submissão e aparente aceitação podem ser encontradas a partir de sua transitoriedade, conforme dito acima, mas também pela condição de não-pagantes do serviço - e assim, sem direito a um mínimo de exigência para com a assistência prestada e para com as condições em que se dá a mesma -, pelo medo concreto e palpável de maiores privações e sofrimentos caso requeiram retratação por parte da instituição, além da própria condição de debilidade física e dependência de cuidados e medicações.

Institui-se uma forma de sofrimento não-institucionalizado e paralelo ao já existente em seu corpo físico, com repercussões sobre sua expressividade e sua saúde de uma maneira geral.

Um professor reconhece sua restrição ao contato com pacientes não-pagantes, justificando-a ao mesmo tempo que a considera maléfica à relação:

*“Eu acho que o hospital público deveria ter muito mais essa estrutura de um atendimento direto ao paciente.(...)O que é que acontece a nível de consultório?O consultório, como o doente nos paga, ele por uma obrigação, a gente tem um contato direto com ele. No hospital público, como o doente não paga, frequentemente acontece da gente não ter esse tipo de contato e isso é muito ruim. Quer dizer, eu acho que o fato do paciente não ser pagante, quer dizer, ele ser um doente, digamos assim, ou de convênio ou SUS, ou*

*da estrutura de saúde da secretaria, deveria da mesma forma existir esse mesmo tipo de contato que é fundamental".(AB, professor do serviço)*

Quanto à informação, esta é restrita e não partilhada sob a alegação da "questão cultural" do paciente, justificando a ausência de transmissão destas aos mesmos e quando ocorrem, são dadas segundo o 'padrão cultural do paciente', de acordo com relatos de residentes e professores.

No entanto, o que se observa no cotidiano destes é a comunicação realizada de forma técnica e com utilização de jargões médicos, na maior parte das vezes, indecifráveis aos pacientes, perpetuando o seu desconhecimento acerca do problema e favorecendo quando possível a sua reinterpretação a partir das representações que estes venham a ter de seu corpo, conforme colocado por Loyola (1984, pp.23-4), Boltanski (1989, p.32), Ferreira (1993, p.38) e segundo relato de alguns pacientes na etnografia.

A preocupação médica parece estar pautada na reinterpretação popular de seu discurso, por uma classe de pacientes que convive simultaneamente com as versões letrada e não-letrada desta, e da utilização também simultânea, de diferentes práticas de atenção à saúde, ameaçadoras da eficácia e legitimidade médicas, conforme Duarte (1987, p.2).

Gauderer (1993, pp.36-7) reconhece que os médicos subestimam os pacientes ao lhes suprirem informações referentes aos mesmos, alegando para tal a incapacidade de apreensão de seu discurso, assim como a utilização deste como parte de seu domínio sobre o outro e para tal se refere ao artigo de número 70 do Código de Ética Médica (referente a obrigatoriedade de acesso a informações por parte dos pacientes), para ressaltar o não cumprimento a estas em sua prática corrente. Comenta o autor na mesma página:

" Muitos médicos inclusive nem se perguntam se o paciente gostaria ou não de saber o que tem. Isso nada mais é do que uma forma camuflada de se

manter e perpetuar o saber, e conseqüentemente o poder ou o domínio sobre o outro”.

A utilização de uma linguagem técnica, distanciada da realidade dos pacientes, pode ser observada durante a visita clínica diária. Nesta, o paciente é exposto aos mais diversos e diversificados comentários realizados pela equipe e impressionam pela maneira como se desenvolvem: um número considerável de pessoas que ocupam o restrito espaço do quarto e nele se distribuem.

As incertezas e dúvidas das discussões quanto ao encaminhamento de alguns casos associado à divergências de conduta - baseadas na experiência profissional de cada professor - proporcionam um duplo aguçamento do sofrimento dos pacientes: de um lado o desconhecimento dos termos médicos utilizados e assim a dificuldade de compreendê-los e interpretá-los; de outro, a insegurança e temor, proporcionada pelas divergências de opiniões quanto à conduta a ser desenvolvida.

Uma paciente do serviço coloca a respeito:

*“ (...)Eu acho que os médicos falam muito científico né, com os pacientes, pra evitar aquela coisa ali, né? então entre eles tá ótimo, né? mas acho que eles deviam ter uma clareza melhor para o paciente.(...).Assim... eu me sinto,é... como se você tá falando, eu não tô entendendo nada, assim né?(...). Esse CG mesmo fala muito difícil, também não sei se... porque ele tá com o professor né?ele tem que falar essa linguagem mesmo... mas acho que ele podia traduzir pra mim, mas não ficar com isso.”(LF, paciente do serviço)*

A visita da equipe médica assim como as reuniões clínicas refletem nitidamente o momento em que se confrontam os saberes e o capital simbólico de que estes se investem a fim de proporcionar o monopólio de uma visão decisória que se impõe sobre as demais - a dos professores - e determina a

exeqüibilidade da prática instituída pelo serviço, determinando-lhes as condições em que estas devam ocorrer e serem cumpridas sem questionamentos, conforme nos diz Bourdieu (1990, p.165) acerca do discurso oficial: "Esse ponto de vista está instituído enquanto ponto de vista legítimo, isto é, enquanto ponto de vista que todo mundo deve reconhecer, pelo menos, dentro dos limites de uma determinada sociedade".

A utilização de jargões e termos técnicos, distanciados da realidade dos pacientes, constituem o crédito adquirido pela formação médica, ou seja, constituem seu capital simbólico, seu reconhecimento e refletem sua autoridade mediante os demais.

Assim, diferenciam-se professores entre si, estes dos residentes e os últimos dos pacientes, deixando revelar àqueles que transitam pela instituição hospitalar, a hierarquia que perpassa todas as relações ali estabelecidas, o que pode ser apreendido em parte pelas visitas e durante as reuniões clínicas em especial.

As consequências advindas deste funcionamento institucional podem ser observadas no exercício de suas práticas e nas relações objetivas entre médicos e pacientes: a submissão, os temores, a falta de esclarecimento a estes últimos, o controle de suas emoções e de sua expressividade, proporcionando-lhes sofrimentos adicionais e um estar apagado.

Assim, a falha na comunicação entre médicos e pacientes gera insatisfações para os primeiros, segundo alguns relatos de residentes - dado à existência de situações de risco de vida em alguns casos e que exigiriam maior participação do paciente, caso este viesse a compreendê-lo - e incertezas para os segundos.

Estes perpetuam a ignorância acerca de seu corpo, ocorrendo com frequência apenas a assimilação de parte do discurso médico - em especial, naqueles casos em que estes têm certa facilidade de reinterpretar algumas categorias taxonômicas, de acordo com a representação de que disponham, segundo relato de alguns pacientes e conforme descrito na etnografia.

**Eis algumas passagens dos profissionais:**

*“ (...) Inclusive o nível de entendimento do doente as vezes é que modifica essa própria relação, né? que as vezes você tenta explicar pra ele de todas as maneiras, das maneiras mais simples do mundo e ele não consegue entender o que você quer. Então as vezes pra você fazer entender determinadas instruções ao doente e... você não consegue, fica meio frustrante a coisa. Você explica uma vez, explica duas, explica dez, então isso influi”.(CB, residente R4)*

*“ Muitas vezes o doente... você precisa de tempo pra saber até que grau o paciente ele tem de compreensão da patologia dele. As vezes a doença é grave, séria, complexa e o doente não... não entende.(...) Quando o doente tem idéia global da situação dele, sabe o que vai ser feito com ele, sabe o que precisa, mesmo que isso seja dado de uma forma genérica, a cooperação parece melhor”.(CA, residente R5)*

*“ Sempre a gente acha que está dando o recado, que a mensagem está sendo entendida, então esses pacientes que tem um padrão cultural bastante inferiorizado, algumas pessoas têm a intelectualidade muito... muito precária, não conseguem compreender bem. Esses pacientes são os mais difíceis, porque aí você tem repercussões no seu tratamento, aí você não tá entendendo o que tem e não tá entendendo o que vai ser feito e qual é o objetivo que vai ser feito, então ela não vai contribuir com o tratamento e por outro lado não estabelece um bom rapport”.(CC, residente R4)*

*“ ...o nível é... cultural do doente tá certo? ele dificulta o relacionamento, dificulta o entendimento dele e até mesmo seu entendimento com ele. Acho que talvez sob este aspecto isso aí pesa entendeu? não pelo fato dele ser uma pessoa... uma pessoa economicamente inferior, mas pelo fato de que a gente não tem muitas vezes o nível de conversa, um acompanhamento da conversa, que deixa a gente tranquilo em relação a essa relação. Muitas vezes a gente conversa, explica ao doente trezentas mil vezes a mesma coisa que a gente explicou e... praticamente você não ganhou nada, você não conquistou nada com esses pacientes... então isso aí faz com que você : 'poxa! num ... num dá!’.”(BA preceptor do serviço)*

Boltanski (1989, pp.131-2) se utiliza do desconhecimento de uma “taxonomia mórbida e sintomática” necessárias ao reconhecimento “das categorias de percepção do corpo” pelas “classes populares” para justificar as diferenças de classe entre estes e as relações objetivas estabelecidas e assim justificar as restrições das informações médicas aos pacientes (Boltanski, 1989, p.29).

Suas explicações no entanto, não fazem referência a esta como produto de uma histórica luta simbólica pelo conhecimento, como propõe Bourdieu (1990, p.163). O que se apreende como resultado, é a hegemonia do discurso médico frente ao discurso popular e suas representações através da imposição de relações hierarquizadas, caracteristicamente instituintes de uma relação entre dominantes/dominados.

De acordo com o autor, este nos diz, na mesma página:

“ As relações objetivas de poder tendem a se reproduzir nas relações de poder simbólico. Na luta simbólica pela produção do senso comum ou, mais exatamente, pelo monopólio da nomenclatura legítima, os agentes investem o capital simbólico que adquiriram nas lutas anteriores e que pode ser juridicamente garantido.”

A desigualdade de capital entre médicos e pacientes favorece aos primeiros a imposição de uma visão de mundo - aqui considerado o universo da saúde e da doença - e aos últimos a percepção e a apreciação das estruturas objetivas que os regem de forma a tomá-lo como evidente, ou seja, de forma a reconhecê-lo legitimamente como realidade verificável a partir destas estruturas, que determinam a manutenção do poder institucional.

O reconhecimento dessa realidade desigual no entanto, não implica a impossibilidade de luta por parte dos pacientes, da qual se refere Luz (1986).

A possibilidade de confrontar o discurso institucional se distancia daqueles que não dispõem de capital simbólico suficiente para confrontar as diferentes visões de mundo, especialmente se sobre estes pesam relações de classe fortemente realçadas num ambiente hospitalar favorável a relações de poder, em detrimento a hegemonia de um saber e de uma prática de atenção à saúde.

A ausência de um contra-discurso suficientemente dotado de um poder simbólico capaz de impor uma visão, ou seja seus direitos e seus valores, conduz os pacientes ao reconhecimento de sua condição e de sua disposição às normas institucionais vigentes, sem no entanto suprimir-lhe as condições de resistência a estas, quando as mesmas se lhe apresentam desfavoráveis.

Aqui, a transitoriedade do paciente no ambiente hospitalar se alia à diferença de classe e se associa à possibilidade de luta neste espaço contraditório, ao mesmo tempo que se distancia da definição clássica de Goffman quanto à instituição total.

Na medida em que proporciona estratégias de sobrevivência destes às situações que lhes são apresentadas, se aproxima de Luz (1986) e Albuquerque (1986) quanto ao que estes tomam por instituição social e relações sociais competitivas e de poder - característicos do hospital onde este estudo se desenvolveu -, e proporciona a compreensão acerca do apagamento da expressividade à dor como forma de reação ao que se impõe na instituição hospitalar.

Aliado a esta possibilidade de "insurgência", às normas que se apresentam - mesmo que esporádicas, tímidas e aparentemente sem maiores repercussões - a instituição hospitalar comporta este espaço de luta e de contradições, conforme atesta a autora (Luz, 1986), cada qual segundo a disposição de seus referidos capitais.

Na prática, essa luta se dá a partir da recusa à ingestão de certos medicamentos (depositar os comprimidos na descarga do banheiro), do não cumprimento às ordens médicas, da falta de cuidado com o corpo ou seus excessos (alimentar-se a partir de farináceos ou gorduras, como é o caso dos pacientes do serviço), do despreparo a exames e a cirurgias (através de prévia alimentação), do abandono ao tratamento, do relato sintomático a um membro hierarquicamente superior (quando este não se fazia existir), da negação e do apagamento da dor, como formas de oposição a realidade que se apresenta.

A sutileza destas insurgências não permite à equipe a identificação destas como tal, principalmente se oriunda dos pacientes, apesar dos aborrecimentos por ela originados.

#### 4.2 - AS RELAÇÕES NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, conforme descrito, é representado por professores, preceptores, residentes, doutorandos e dos demais profissionais que nele desempenham suas funções, especificamente enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e se apresenta constituído a partir de um espaço físico institucional, o espaço hospitalar, demarcado por relações objetivas entre aqueles que compõem o serviço e os pacientes que a eles recorrem, tendo seus papéis sociais definidos e suas participações evidenciadas a partir do reconhecimento do capital simbólico de que dispõem.

As instituições hospitalares, a exemplo do que Goffman (1992) denomina de instituições totais, são constituídas por práticas institucionalizadas e se destinam àqueles que necessitam de algum tipo de intervenção (assistência à saúde).

No entanto, a prestação desta se dá sob a condição implícita de obediência às normas e disciplina por ela instituídas, apreendidas a partir da hierarquia que estabelece relações sociais baseadas no volume e estrutura de

capitais simbólicos individuais, ou seja, no poder proporcionado pela posse deste capital e como garantia à ordem e ao exercício profissional de seus principais atores sociais.

Assim sendo, as relações estabelecidas na instituição hospitalar não constituem relações vividas de indivíduo a indivíduo, mas relações objetivas determinantes de um “estar institucional” (ênfase minha) marcado pela desigualdade, controle e repressão das práticas executadas, conforme observações realizadas no campo e em consonância com Foucault (1979, p.175) e Luz (1986, pp.38-40).

A relação instituída pelos médicos se caracteriza essencialmente pela atenção e ação medicalizadoras sobre o corpo - que se constitui seu objeto de estudo e intervenção -, especificamente o corpo que sofre e padece, o que pode ser observado a partir do momento da entrada do paciente na instituição hospitalar.

A anamnese, o exame físico, os exames laboratoriais e os de imagem refletem uma atenção voltada ao corpo, especialmente a uma parte deste, àquela a qual o paciente traz as queixas: dores abdominais, perda de peso, anorexia, indisposição a farináceos e gorduras entre tantas outras, se constituem alvo de atenção médica. Queixas associadas às principais não se constituem queixas enquanto tais, não se fazendo reconhecer pelo médico, até o momento em que estas maculem a eficácia terapêutica instituída.

Neste ínterim, entre médico e paciente se estabelece uma relação voltada eminentemente às queixas que dizem respeito diretamente à doença em si, sem serem considerados aspectos outros referentes a condição de vida deste último, essenciais para a apreensão do processo do adoecer que os envolvem, como preconiza Minayo (1994, p.177), quando diz: “A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”, não se restringindo portanto, a coleta seletiva de dados, a interpretação parcial deste e a introdução de uma proposta de

tratamento que desconsidera as representações sociais de saúde e doença de sua clientela alvo.

Desta forma, apenas parte do corpo passa a ser alvo de atenção e ação medicalizadora e mesmo esta última, parcial e insatisfatoriamente objetivada no espaço hospitalar, ou como nos diz Luz (1986, p.179), sem lugar para a sua consecução.

A impossibilidade de sobrevivência de uma relação médico/paciente que assegure os efeitos medicalizadores sobre este - através de acompanhamento sistemático pelo mesmo médico, da privacidade no momento da consulta, de uma escuta terapêutica, do atendimento diferenciado e atencioso ao paciente - , reduzem a eficácia terapêutica proposta e instituída pelos médicos, proporcionando um sofrimento adicional àqueles que buscam o hospital para alívio de seus males, o que se encontra de acordo com Ferreira (1993, p.68) quando esta nos diz: " Assim, a eficácia da consulta médica depende de todos os atos envolvidos nela, mas permeados por uma boa relação entre o médico e o paciente" e com o relato dos pacientes do serviço, quando estes fazem referência ao acompanhamento médico realizado por vários profissionais, a duração da consulta, a perda de exames laboratoriais, entre tantas outras.

As ações médicas consistem então em, nomear a doença, solicitar exames complementares, prescrever mudanças de hábitos e condutas terapêuticas, intervir cirurgicamente sobre o corpo, observar evolução clínica e laboratorial, controlar a dor e as sensações consideradas desagradáveis, restringir o corpo através de curativos, de equipos de soro, sondas vesicais e nasogástricas, de próteses respiratórias, entre outros, objetivando restaurar, quando possível, a saúde do paciente, e o fazendo de modo a silenciá-lo, assegurando "o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença" (Foucault, 1979, p.108).

Sob essa circunstância, o paciente sente - suas dores e seu sofrimento - mas não chega a expressar plenamente suas sensações e emoções - suas queixas, seus gestos, seus choro -, devido ao impedimento implícito de sua

expressividade no espaço hospitalar, conforme colocado oportunamente por Pitta (1990, p.37).

A compreensão acerca do processo de adoecimento e dor por que passam os pacientes que procuram os profissionais de uma instituição hospitalar universitária, distancia-se paulatinamente da realidade vivida por eles, uma vez terem seus problemas reduzidos à queixa que se apresenta.

Na medida em que a expressividade do paciente permanece em segundo plano, em que se limitam a verbalização de suas queixas, em que não se considera a procedência do paciente, em que se distancia deste o conhecimento acerca de seu adoecer - quer através do desconhecimento sobre seu próprio corpo, quer através do desconhecimento dos jargões médicos - afasta-se a possibilidade de que esta compreensão venha a se concretizar, quando não se adota o corpo como veículo de expressão, pleno de uma simbólica social.

O que se apresenta no cotidiano deste hospital-escola é um certo distanciamento do conhecimento popular e das representações sobre corpo, saúde e doença elaborados por estes.

Este distanciamento se aguça na medida em que se impõe uma relação terapêutica fugaz e breve (justificados a partir da variável 'tempo'), em que se adequa a linguagem popular à erudita (muitas vezes com perdas significativas de conteúdo), em que dificulta o acompanhamento por um único profissional, em que se distancia o esclarecimento destes sob alegação prévia de inexistência de um conhecimento sobre "taxonomia mórbida e sintomática", necessárias à compreensão deste processo e em que se utilizam jargões médicos sem posterior tradução.

Nesse sentido, a formação profissional médica se distancia desta realidade mais ampla que constitui a população alvo deste hospital e seus profissionais, e em parte justifica as preocupações de Siqueira (1978, pp.86-7), quando este relata a inadequação da formação médica mediante o

distanciamento deste de sua clientela popular e aponta a necessidade de uma compreensão biológica, psicológica e sócio-cultural destes pacientes.

A inadequação da formação médica em particular, parece estar atrelada à deficiência de ensino, quando se deixam de lado as sinonímias populares e seus significados, em que se reverencia a condição letrada e erudita do discurso médico em detrimento ao conhecimento e representações populares sobre o corpo e a doença, notadamente quando nesta instituição se atende em sua grande maioria pacientes oriundos dessas classes.

Se a formação médica não se subsidia de elementos que propiciem uma compreensão mais ampla da realidade imediata de seus pacientes - entendendo-se por esta a compreensão da linguagem utilizada por estes -, resta aos pacientes a adequação de seu corpo, suas sensações e seu discurso àqueles que legitimam o seu adoecimento.

Assim sendo, a intolerabilidade médica à expressividade do paciente à dor parece estar ligada também à própria formação destes profissionais, quando estes se limitam ao desenvolvimento de uma prática atrelada aos manuais - a partir dos quais o paciente expressivo escapa - o que pôde ser visivelmente apreendido durante a anamnese realizada por doutorandos e menos rigidamente por residentes.

As práticas decorrentes dessa formação e assim desenvolvidas tendem a manter o controle institucional sobre o corpo, diga-se sobre o paciente, a exemplo do que ocorre nas visitas médicas diárias ou ainda no momento da consulta ou exame médicos, conforme relatado, onde os "sentimentos têm de ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas", conforme Pitta (1990, p.66), no sentido de garantirem a continuidade do exercício profissional.

Os pacientes se comportam com certa inexpressividade mediante olhares e questionamentos, dispendo-se a exames que expõem partes íntimas de seus corpos, aparentemente sem atentarem ao que expõem e a olhares diversos e diferentes intensidades de toques à avaliação física - realizado

muitas vezes com inexperiência e curiosidade - dolorosas em todos os aspectos.

Estas decorrem da consulta realizada com brevidade e frequentes interferências, sem justificativas ou esclarecimentos; da exposição do corpo ao exame e posterior comentário aos doutorandos, sem a devida informação ao paciente de sua participação ; em parte do exame físico - a palpação - realizada por diferentes mãos e diversas vezes, sem consideração às queixas de dor referidas pelos pacientes e tornada insuportável para alguns; na supressão da emissão de gemidos de dor mediante ordem médica durante consulta e no re-posicionamento no leito (deitado em decúbito dorsal ou sentado no leito) acompanhado de apagamento na expressão facial ou de sua 'mortificação', como propõe Goffman (1992, p.30), quando na ocorrência de dor por ocasião da visita diária da equipe médica, entre tantas outras situações, favorecedoras de um aguçamento de seu sofrimento.

A hierarquia que institui as relações sociais em relações objetivas e de subordinação, encontra no espaço hospitalar universitário a essência para o exercício de seu poder, manifestos através do discurso médico e da integração de suas práticas, apreendidos a partir da demarcação evidente de seus espaços e de suas respectivas distâncias sociais.

Em decorrência, observa-se a institucionalização destas, realizadas de forma a racionalizar, rotinizar e padronizar condutas que têm por finalidade não apenas a "economia objetiva de gestos", com o objetivo de proporcionar "um ritual de postergação e controle de decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que cada doente é capaz de produzir", como propõe Pitta (1990, p.66), mas também de racionalizar e padronizar o comportamento destes, em detrimento do difícil exercício profissional de lidar com a dor e o sofrimento, assim como estratégia de exercício do poder realizado através do controle, da disciplina e da repressão, característicos das instituições de uma maneira geral.

A evidência de uma situação vivida como desigual pelos pacientes, pode ser justificada não apenas como obediência ao cumprimento às normas que se apresentam e aceita para fins de resgate à saúde, mas também como decorrente das relações hierarquizadas que se desenvolvem entre estes e os profissionais do serviço.

A maior ou menor expressividade do paciente no ambiente hospitalar decorre das relações instituídas entre este, o corpo profissional e as normas, prescrições, proscricões e punições introduzidas por estes na instituição, como forma última de regular as relações entre atores coletivos, conforme propõe Albuquerque (1986, p.98) quando se refere às “organizações” em oposição ao que Goffman (1992) denomina de “instituição total”.

O *habitus*, conforme empregado por Bourdieu (1983, pp.60-1), apesar de funcionar como uma matriz de percepções, apreciações e ações do mundo hospitalar e garantir as posições ocupada pelos atores envolvidos, tornando “possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas (...)”, a previsibilidade de papéis e a garantia das relações e práticas assim instituídas, necessita de explicações adicionais justificar o que se apresenta neste estudo.

O autor (1983, p.65) esclarece este ponto de vista ao alicerçar a necessidade de compreensão deste trabalho:

“ só podemos, portanto explicar essas práticas, se colocarmos em relação a *estrutura* objetiva que define as condições sociais de produção do *habitus* (que engendrou essas práticas) com as condições do exercício desse *habitus*, isto é, com a *conjuntura*.”

Explicar as práticas a partir da fragmentação da relação terapêutica, da despersonalização do paciente, do distanciamento e negação dos seus sentimentos e da introdução de normas e rotinas hospitalares - segundo demonstra Pitta (1990, pp.65-7) -, têm por finalidade a reafirmação do poder

médico instituído a partir delas e em menor proporção na utilização destas como “mecanismos de defesa estruturados”, conforme apreendido pela autora.

A exposição física dos pacientes, a apropriação de seus corpos pelos médicos, a intervenção terapêutica invasiva e dolorosa, a definição de condutas sem o compartilhamento prévio do paciente e a supressão de informações e esclarecimento à estes (em nome de sua ignorância), somam-se a falta de identificação dos profissionais frente a seus pacientes e a sua designação a partir de vísceras (o fígado, o baço ou o rim) ou de entidades nosológicas (a gastrite, a úlcera, o câncer de estômago, entre outros) para caracterizar a realidade institucional hospitalar universitária e o apagamento da expressividade à dor dos pacientes do serviço em estudo.

Às duas últimas categorias se atribui a justificativa “tempo” do médico e “transitoriedade” do paciente no serviço como tentativa, pelos primeiros, de justificar as relações fugazes, breves e indiferenciadas que estabelecem com os últimos e estes, de se comportarem apagadamente quando diante de situações de dor e sofrimento evidentes.

Com relação ao ‘tempo’ dos médicos, estes parecem reforçar a idéia de valor a que são atribuídas as suas funções perante os pacientes e os demais profissionais não-médicos, exigindo-lhes observância e imediaticidade de atendimento uma vez presentes à ação, mesmo que estas impliquem na interrupção dos demais e assim têm justificado por estes a fugacidade das relações e a brevidade dos contatos.

A transitoriedade dos pacientes se reporta ao apagamento de sua expressividade no ambiente hospitalar, espaço hierarquicamente marcado por diferentes saberes e poderes, sede das atividades médicas e portanto, de seu domínio.

Neste espaço predomina um saber que é ignorado pelo paciente, associado a uma prática que se apresenta ameaçadora e em algumas circunstâncias dolorosas

Frente a estas e à condição transitória que se apresenta, o paciente parece submergir suas sensações, inseguranças e temor, advindos em parte daquilo que sentem, desconhecem e encaram de forma ameaçadora à sua integridade, restando-lhes o reconhecimento do lugar que ocupam assim como de seu apagamento à expressividade, na tentativa de evitar sofrimentos adicionais.

Desta forma, se apreende que a expressividade à dor no ambiente hospitalar é evidentemente obscurecida e decorre não apenas de uma medida intervencionista, mas de uma série de fatores articulados em uma rede de interação social dos quais participam e se beneficiam médicos e pacientes.

Reconhece-se com isso que o hospital reproduz relações sociais objetivas e objetivadas, na medida em que pressupõem relações hierarquizadas e de poder refletidas nas práticas de atenção existentes e nas condições de atendimento, reproduzindo a nível micro, relações que se sucedem em um universo mais amplo (Luz, 1986, p.32).

A expressividade, neste caso, perde a sua função sinalizadora e informativa das condições de existência dos pacientes pelos médicos, deixando de revelar a significação do adoecer e do sofrimento que o acompanha. Na medida em que é obscurecida, deixa de ser decifrável, compreensível e reconhecível, isto é, interpretável por aqueles que se propõem tratá-la, conforme até então observado.

Quando revelada publicamente no hospital, a expressividade à dor e ao sofrimento parece ser motivo de incômodo e insatisfações as mais variadas, devendo comportar-se convencionalizadamente ou até interdita, caso gere situações de evidente constrangimento.

A persistência da expressividade à dor é sentida como “quebra do regulamento” (Luz, 1986, p.35) e ao ocorrer proporciona ameaça aos profissionais e a funcionalidade da instituição como um todo.

## CONCLUSÃO

O comportamento dos pacientes na instituição hospitalar revela um certo apagamento de sua expressividade à dor, a despeito desta caracterizar o motivo pelo qual estes procuram o serviço de cirurgia investigado neste estudo.

Embora a dor se acompanhe de sua correspondente expressividade, muitas vezes esta se apresenta refreada, débil ou apagada frente aos profissionais e ao serviço, revelando um estar institucional aparentemente contraditório em sua intencionalidade.

O Serviço de Cirurgia Geral revela o espaço institucional como sede do exercício médico e de seu poder, caracterizando-se pela definição de papéis, espaços e saberes, legitimadores de uma prática distanciada da realidade mais imediata de seus pacientes.

Esta prática se evidencia a partir do próprio discurso médico, quando este se distancia das categorias de reconhecimento do corpo utilizadas pelas classes populares, quando não considera o discurso popular e o conhecimento destes sobre o corpo, proporcionando com isso um desencontro de informações e um esclarecimento parcial e diversificado acerca do que se apresenta e do que foi explicado.

A prática cotidiana é conduzida de forma a proporcionar uma fragmentação na relação terapêutica que, na grande maioria dos casos não chega a se concretizar, dada as condições que se apresentam, o que se encontra de acordo com Luz (1986, p.193).

A despersonalização dos pacientes, o distanciamento e negação dos sentimentos e o adiamento das decisões sobre estes, constituem mecanismos através dos quais estes profissionais se utilizam, com o objetivo de garantirem o exercício profissional com um mínimo de exigências emocionais. Com isto, garantem suas práticas invasivas e dolorosas (em algumas circunstâncias),

sem que sobre estes o exercício profissional venha a se prejudicar, face à difícil tarefa de lidar com a dor e o sofrimento alheios.

Estas práticas garantem o exercício profissional voltado, eminentemente, às queixas específicas a determinada parte do corpo, sem que sobre este mesmo corpo se proporcione uma leitura da totalidade que constitui o paciente em sua condição de sujeito social.

Na medida em que se restringe o paciente às queixas que se apresentam, que se lhe despossui transitoriamente de sua condição de sujeito, distanciado de sua realidade cotidiana, a que se restringe sua expressividade - sua forma peculiar de se apresentar e apresentar suas queixas e incômodos -, impossibilita-se a captação, averiguação e análise desta condição mais ampla de que se cerca o paciente da classe popular (clientela alvo desta instituição), ao mesmo tempo que se distanciam as práticas e se impõe prescrições e proscricões, muitas vezes difíceis de serem seguidas.

Como resultado desta prática distanciada, se possibilita o abandono do tratamento, a mudança para outros hospitais e outros profissionais, a resistência à utilização de determinados medicamentos e a realização de determinados exames - dolorosos em alguns casos -, e principalmente, conduz ao apagamento da expressividade destes no ambiente hospitalar.

Dessa forma, o ambiente hospitalar proporciona condições favoráveis ao silenciamento do corpo, em detrimento à recuperação do mesmo com um mínimo de sofrimento.

As condições adversas por que os pacientes têm que passar na instituição hospitalar, garantem a ordem instituída à custa do refreamento da expressividade, do controle sobre o corpo e suas sensações, do atendimento às normas que se impõem. A partir destes se pode compreender o comportamento apagado dos pacientes na instituição hospitalar, quando se submetem às normas e submetem seu corpo a intervenções dolorosas (não justificadas ou justificadas de forma pouco esclarecedora) e se expõem a provocações morais.

A estas, o paciente responde não apenas em reconhecimento à ordem que se impõe, mas como uma forma de evitar sofrimentos adicionais ao existente, quando as queixas de dor e sua expressão podem requerer outras intervenções médicas e maior tempo de permanência no ambiente hospitalar.

A transitoriedade dos pacientes no hospital, aliada ao reconhecimento e apreensão da disposição destes neste espaço, reflete a sua posição social e implica nas distâncias e nas condutas necessárias à manutenção destas, notadamente evidenciada no cotidiano hospitalar do serviço averiguado e de acordo com Bourdieu (1983, p.75).

O enfraquecimento ou a inexistência de um contra-discurso por parte dos pacientes frente a tais situações - suficiente para se contrapor àquele oriundo dos médicos e às práticas que se instituem -, se evidencia e se justifica a partir da transitoriedade destes em sua passagem pelo hospital. Em nome desta transitoriedade, as condições que se apresentam são suportadas como requisito à re aquisição da saúde.

O apagamento da expressividade é o meio através do qual estes se utilizam para terem abreviados os seus dias no espaço hospitalar, e terem resolvido os seus problemas com um mínimo de transtorno à ordem instituída e de incômodo aos profissionais que os acompanham, conduzindo a este pacto de acordo implícito, do qual participam seus principais atores sociais. Assim se justifica o comportamento dos pacientes frente à instituição, aos profissionais e ao que estes propõem como atendimento no serviço.

A essa dinâmica de funcionamento hospitalar, especificamente encontrada no serviço investigado, se verifica a ocorrência de insurgência por parte dos pacientes frente às condições que se apresentam - relatados em algumas passagens durante a etnografia -, revelando de certa forma a presença de luta neste ambiente.

Para aqueles que constituem o hospital, esta reflete a imposição de uma dada visão de saúde e de suas alterações, segundo a participação na escala hierárquica e na posse de seus capitais simbólicos. Entre os pacientes, a luta é

dada não tanto pela munção de um capital simbólico suficiente para se contrapor ao que se impõe, mas pela insurgência reveladora de um estar institucional apagado, necessário para garantir esta transitoriedade com um mínimo de sofrimento.

A realidade do serviço de cirurgia geral parece corresponder às práticas de outras instituições públicas, notadamente quando estas apresentam em comum a participação de profissionais formados pelo serviço em questão e não oferecem condições para uma relação terapêutica eficaz nestes, reproduzindo situações de apagamento da expressividade à dor e ao sofrimento.

Refletir sobre as práticas de saúde instituídas e as condições em que se dão a relação terapêutica, especificamente neste hospital - por se constituir sede do ensino e da formação destes profissionais -, alia-se também a necessidade de revisão destas.

A formação médica necessita repensar suas práticas de atenção, adequando-as à realidade de seus pacientes, conforme prescreve Siqueira (1978, pp.86-7), proporcionando com isso efetivas condições de participação do paciente em seu processo de resgate à saúde. Através dessa participação, segundo Katz (1984), e do estabelecimento da relação terapêutica, é possível a criação de um ambiente ameno, assegurado da expressividade e de uma relação de confiança, necessária à eficácia do tratamento proposto.

O ensino médico, pautado no discurso científico, necessita adequá-lo a sua clientela, especialmente quando este é dirigido às classes populares. À utilização de jargões sem o esclarecimento prévio, segue-se a permanência do nível de desinformação destes sobre o corpo e a doença, e a incompreensão acerca da necessidade de determinadas intervenções médicas. Assim, propicia-se certa omissão destes na responsabilidade para com seu processo de resgate à saúde, a medida que outorga aos médicos a responsabilidade total pelo encaminhamento da mesma.

Reforça-se com isso, o nível de dependência dos pacientes às ordens médicas - e conseqüentemente, de sua infantilização frente a estes -, e a sua

transferência para estes últimos da responsabilidade pelo processo evolutivo e sucesso terapêutico dos mesmos (nem sempre possível), proporcionando-se aos médicos cargas adicionais de tensão.

Nesse sentido, Katz (1984, pp.36-7) faz referência ao “consentimento informado” como meio de se permitir o esclarecimento do paciente, a explicação acerca do mal (em linguagem simples), a natureza do tratamento proposto, as probabilidades de êxito ou de alternativas e os riscos previstos, permitindo a participação do paciente em seu processo de adoecimento e de resgate à saúde, proporcionando dessa forma, a partilha de responsabilidades.

Este autor, reconhece e atribui à tradição médica as dificuldades e falibilidade a que está sujeita a assistência baseada no silêncio característico da relação terapêutica, e o temor fantasioso dos médicos, ao justificarem a participação do paciente como ameaça potencial ao poder médico e ao exercício da profissão.

A participação do paciente em seu processo de recuperação proporciona resultados evidentemente satisfatórios. À medida que se esclarecem, apreendem e facilitam o tratamento proposto, conforme reconhecimento de um dado residente do serviço.

Assim, à medida que se mantêm atrelados a cientificidade de seu saber e seus discursos, distanciam-se da possibilidade de apreensão e compreensão da doença, da dor e do sofrimento de seus pacientes, uma vez afastarem-se da sua realidade mais imediata, dissociando-os de sua condição biológica, psicológica e sócio-cultural, do qual nos falam Helman (1994), Breton (1991) e especialmente Siqueira (1978).

Ao priorizarem a utilização da tecnologia e dos exames laboratoriais ou de imagem, em detrimento às relações terapêuticas e ao exame físico detalhado, restringem o doente à doença. A este assunto Rezende (1989, pp.116-7) faz referência, quando comenta sobre a despersonalização do paciente, identificado como patologia (úlcera gástrica, hérnia, etc.), resultado de intervenção (gastrectomia, colostomia, etc.) ou ainda, designado como leito

ocupado (602A, 604B, etc.), esfacelando dessa forma o paciente e a relação terapêutica.

O desenvolvimento de práticas dessa natureza no cotidiano hospitalar, favorece a sua reprodução aos doutorandos, aos residentes e a partir destes estende-se, possivelmente, como modelo de assistência médica a outras instituições hospitalares, notadamente às instituições públicas (extra-muros), perpetuando relações autoritárias e desiguais, merecendo portanto, maiores estudos.

A adequação do discurso e da prática médica à realidade de sua clientela, associada à revisão da relação entre estes e pacientes, requer do ensino universitário reflexão e mudanças no seu ensino, notadamente quando estas refletem inadequações à realidade da população a estas que se destinam e a aparente contradição do ambiente hospitalar como espaço destinado ao cuidado do corpo e de suas manifestações.

## SUMMARY

This work investigates the process of diminishing the expression of pain in patients of the General Surgery of the Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco, as a reflection of an institutional way-of-being which is the result of instituted power relations and eminently authoritarian health care practice. It was observed that these practices aim for the establishment of an intervention and control over the body, the feelings and the behavior of the patients through the institution of discipline, obedience and the carrying out of institutional norms. Field research and semi-directed interviews were done with professors, preceptors, residents and patients to verify these observations. The contents of the responses to the interviews demonstrated the reaffirmation of roles and the determination of places and of social distance between actors as a previous and implicit condition of the therapeutic relation and of the practice of health care. It was found that the General Surgery Service of the university hospital does not offer conditions for the establishment of a therapeutic relationship, serving more to silence the body and diminish the expression of pain, since the relationship is based on relations of power granted by the hierarchy and the established order. Health care practices, and the relations between doctors and patients developed in the university hospital, require reflection and changes aiming for the establishment of effective conditions for a truly therapeutic relations and the search for the adequacy of the formation of professionals attuned to the reality of their target clients.

## FONTES BIBLIOGRÁFICAS

- 1 **ALBUQUERQUE, José Augusto G.: Instituição e Poder. 2. ed., RJ: Graal, 1986,p.163**
- 2 **ANTUNES, José.L.F.: Hospital: instituição e história social. SP: Cortez, Letras e Letras,1991,168p.**
- 3 **BAKAN, David: Enfermedad , Dolor y Sacrificio- Hacia una Psicología del Sufrimiento. México: Fondo De Cultura Económica, 1979, 144 p.**
- 4 **BERLINGER, Giovani: A Doença. SP: Difel, 1989, 150 p.**
- 5 **BOLTANSKI, Luc: As Classes Sociais e o Corpo. 3. ed., RJ: Graal, 1987, 191p.**
- 6 **BOURDIEU, Pierre: Coisas Ditas. 1. ed., SP: Brasiliense, 1990. p.149-168: Espaço Social e Poder Simbólico.**
- 7 **----- : Esboço de uma Teoria da Prática. In ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu : Sociologia, SP: Ática, 1983. Cap.2, p.46-81.**
- 8 **BRETON, David Le : Corps et Societs- Essai de Sociologie et D'anthropologie du Corps. 3a. tirage, Paris:Meridiens Klincksik , 1991. Cap.1, 2 e 3, p.19-121.**
- 9 **CANGUILHEM, Georges O.: O Normal e o Patológico. 3. ed., RJ: Forense Universitária, 1990, 303 p.**

- 10 DUARTE, Luís Fernando.D.: **A Medicina e o Médico na Boca do Povo.** p.1-8.Texto apresentado no Seminário Sistemas Alternativos de Cura II, UFPE,1987
- 11 FERREIRA, Jaqueline.: **O Corpo Sínico: Representações Sociais sobre Corpo, Sintomas e Sinais em uma Vila de Classes Populares.** Dissertação Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFRS, 1993, 205 p.
- 12 FREYRE, Gilberto: **Médicos, Doentes e Contextos Sociais.** RJ: Globo, 1983, 286 p.
- 13 FOUCAULT, Michel: **Microfísica do Poder.** 7. ed., RJ: Graal, 1988, 294 p.
- 14 GAUDERER, E.Christian: **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** 4. ed., RJ: Record, 1993, 223 p.
- 15 GOFFMAN,Erving: **Manicômios, Prisões e Conventos.** 4. ed., SP: Perspectiva, 1992, 2 p.
- 16 ----- : **A Representação do Eu na Vida Cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 1975, 233 p.
- 17 GUYTON, Arthur C.: **Tratado de Fisiologia Médica.** 5. ed., RJ: Interamericana,1977.Cap. 50, p. 585-597: **Sensações Somáticas: I Dor, Dor Visceral, Cefaléia e Sensações Térmicas.**
- 18 HAGUETTE, Tereza M.F.: **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** 3. ed.,Petrópolis: Vozes,1992, 224 p.

- 19 HELMAN, Cecil G.: **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 333 p.
- 20 KATZ, Jay: **El Médico y el Paciente: su mundo silencioso**. México: Fondo de Cultura Económica, 1989, 446 p.
- 21 LAPLANTINE, François: **Antropologia da Doença**. 1. ed., SP: Martins Fontes, 1991, 274 p.
- 22 LOBATO, Oly: **O Problema da Dor**. In: MELLO FILHO, J. e colaboradores (Org). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 385 p.
- 23 LOYOLA, Maria Andréa.: **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. SP: Difel, 1984, 198 p.
- 24 LUZ, Madel T. : **As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3. ed., RJ: Graal, 1986, 295 p.
- 25 MACIEL, Carmen Lúcia.: **Cuidado, Hospital! Uma visão crítica**, In, SCOTT, Russell P. (Org.). **Sistemas Alternativos de Cura: as Alternativas do povo**. Recife, Mestrado em Antropologia, UFPE, 1986. P. 29-33.
- 26 MARINHO, Patrícia Érika M.: **O Corpo e o Contexto Sócio-cultural: Proposta para uma Reflexão**. *Revista Insight-Psicoterapia*, SP., Ano IV, no.41, p.10-2, junho 1994.
- 27 MAUSS, Marcel: **A Expressão Obrigatória de Sentimentos (1921)**. In OLIVEIRA, Roberto C.(Org.). **Mauss Antropologia**. SP: Ática, 1979. Cap.4, p. 147-153.

- 28 **MELLO FILHO, Júlio: Concepção Psicossomática: Visão Atual. 5. ed., RJ:Tempo Brasileiro,1988, 215 p.**
- 29 **MINAYO, Maria Cecília S. : O Desafio do Conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3.ed., Afiliada, SP: Hucitec-Abrasco,1994, 269p.**
- 30 **NUNES, Everardo D.(org) : Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina. SP: Cortez, 1989, 238 p.**
- 31 **PERESTRELLO, Danilo: A Medicina da Pessoa. 4. ed., RJ: Livraria Atheneu,1988, 272 p.**
- 32 **PITTA, Ana.: Hospital - Dor e Morte como Ofício. 2. ed., SP: Editora Hucitec,1991 ,198 p.**
- 33 **QUEIROZ, Maria Isaura P.: Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva. São Paulo: Ceru FFCH/ SP,1983,171p.**
- 34 **REZENDE, Ana Lúcia M.: Saúde- Dialética do pensar e do fazer. 2. ed., SP:Cortez, 1989,159 p.**
- 35 **RIBEIRO, Herval P.: O Hospital: História e Crise. SP: Cortez, 1993, 135 p.**
- 36 **RODRIGUES, José Carlos: Tabu do Corpo. 2. ed., RJ: Achiamé, 1980, 173p.**
- 37 **SINGER, Paul, CAMPOS,Oswaldo, OLIVEIRA,Elizabeth M.: Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde. RJ: Forense Universitária, 1988, 166 p.**

- 38 SIQUEIRA, Benedictus P. : O Papel do Hospital no Ensino Médico. **Revista de Administração para o Desenvolvimento**, Recife, Ano II, no. 2, p.85-93, abril/dezembro, 1978.
- 39 WOLFF, B.Berthold, LANGLEY, Sarah: Cultural Factors and the Response to Pain. In LAND, D. **Culture, Disease and Healing in Medical Anthropology**. N. York, Macmillan Publishing Co, Inc, 1977 , p.315-319

ÇÃO	RCTPIU
IDADE	
OR	40,00
A	29/11/96

39

M 338h