

Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares*

Graça Carapinheiro**

Resumo: Este artigo analisa as concepções de medicina dos médicos de dois serviços de medicina interna: um com áreas de especialização médica num hospital universitário e outro sem áreas de especialização situado num hospital geral. A partir da identificação e caracterização das ideologias profissionais médicas, determinaram-se como concepções centrais de prática da medicina a concepção "humanista" e a concepção "tecnicista". Estas representações apoiam estratégias médicas orientadas para a distinção entre diferentes grupos de médicos e cada uma delas exprime-se pela produção simbólica de processos de "desqualificação" da outra.

1. Introdução

Analisa-se neste artigo as concepções de medicina que sustentam a produção de cuidados médicos em dois serviços de medicina interna de dois hospitais centrais de Lisboa: um, incluindo áreas de especialização médica, num hospital geral universitário; o outro, não admitindo vocações médicas especializadas, num hospital geral não universitário.

Os resultados empíricos que vão ser analisados têm por base um estudo sociológico desenvolvido ao longo de três anos nos dois serviços, a partir da definição de uma estratégia metodológica que privilegiou o método de estudo de caso, através da observação participante e continuada de um ano e meio em cada serviço e, como técnica de recolha de informação complementar, a análise de conteúdo de entrevistas em profundidade feitas a médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica que acederam a ser entrevistados.

* Este artigo tem por base algumas questões que foram analisadas no estudo das estratégias médicas no hospital, no âmbito da tese de doutoramento em Sociologia intitulada "Saberes e poderes no hospital", defendida no ISCTE em Julho de 1990.

** Docente do ISCTE, investigadora no CIES.

2. A concepção humanista e a concepção tecnicista

Desde logo, a diferente localização dos dois serviços no sistema hospitalar e, por outro lado, a sua diferenciação médica, técnica e social determinada pela ausência e presença de expressões médicas especializadas, constituíram-se como factores potencialmente relevantes para o reconhecimento e para a identificação de diferentes concepções que os médicos têm de si e da medicina que praticam, na presença da incessante dialéctica entre os específicos modos de produção de cuidados e os específicos discursos médicos que os articulam.

De facto, os serviços hospitalares são os lugares estruturais privilegiados da produção e reprodução da medicina, entendida na sua dupla vertente de saber científico e de sistema de controle social, o que na perspectiva de Foucault é designado por "regime disciplinar do saber médico"¹. Simultaneamente são os lugares centrais da produção e reprodução da diversidade de formas de poder dos profissionais, a partir da apropriação de diferentes componentes de saber médico assim como de diferentes modalidades do seu exercício técnico e disciplinar.

Assim, enquanto no serviço do hospital geral a política de orientação médica se subordina, quase exclusivamente, às normas de funcionamento definidas para serviços que respondem às necessidades assistenciais da urgência externa, praticando uma medicina relativamente rotineira e não dispendendo de condições de produção de pesquisa médica que permitam definir projectos profissionais suficientemente autónomos face aos projectos administrativos do hospital, por seu lado o serviço do hospital universitário, concebido administrativamente para ser de medicina interna, modificou a vocação predominantemente assistencial, usando a autoridade profissional e científica ligada ao poder universitário do director e chefes de serviço, na imposição de uma política de orientação médica progressivamente centrada em práticas médicas especializadas e subespecializadas, com projectos profissionais e científicos bem definidos. Também, por se tratar de um serviço que ao longo da última década se equipou com tecnologia médica de ponta e instalou linhas de investigação médica na especialização central e nas áreas subespecializadas que lhe são periféricas, os projectos técnico-científicos dos médicos que lideram as actividades de ponta adquirem uma função de comando na política médica e científica do hospital.

Da caracterização, necessariamente breve, da estrutura médica e técnica dos dois serviços², torna-se saliente a existência de dois modos de produzir cuidados, com predominância da dimensão assistencial no serviço do hospital geral e com predominância da dimensão técnico-científica no serviço do hospital universitário. Neste caso é mesmo possível avançar desde já com a ideia de um modelo tecnicista de praticar medicina, decorrente da sua dependência de uma importante infra-estrutura tecnológica, da absorção constante de novas possibilidades técnicas na produção de cuidados muito especializados e, em consonância com a sua própria lógica de desenvolvimento, em constante

relação conflitual com as ideias e as normas que pautam a acção da administração hospitalar.

A partir desta caracterização um olhar mais desprevenido estabeleceria facilmente uma dicotomia simples entre os dois serviços, no sentido de ao primeiro corresponderem concepções e discursos médicos sobre a prática da medicina de natureza predominantemente humanista e ao segundo concepções e discursos médicos de natureza predominantemente tecnicista.

Ora, de uma forma progressiva, a partir da observação directa das práticas profissionais numa primeira análise e através da recolha dos discursos médicos sobre as suas concepções da prática de medicina numa etapa posterior, foram-se obtendo elementos reveladores das relações complexas que se estabelecem entre as duas concepções em ambos os serviços, na demonstração inequívoca de quão simplificadora era essa dicotomia e de quão redutíveis poderiam ser os seus termos de oposição.

Nos dois serviços, os eixos principais à volta dos quais cada médico organizou a identificação das outras concepções possíveis constituíram-se geralmente sob uma forma dicotómica. Assim, foi possível determinar na estrutura significativa das concepções de medicina que sublinham as práticas médicas, por um lado a oposição entre a concepção tecnicista e a concepção humanista e, por outro lado, a oposição entre as gerações mais novas e as gerações mais velhas dos médicos hospitalares, no sentido de se querer estipular a concepção tecnicista como a ideologia profissional dos médicos mais jovens e a concepção humanista como a ideologia profissional dos médicos mais velhos.

De forma articulada a esta estrutura de significações produzidas à volta de concepções de medicina e de gerações de médicos, organizava-se uma estrutura de posições e oposições entre os médicos hospitalares no sentido de tornar compatíveis ou incompatíveis as ideologias que lhe servem de suporte.

É assim que as referências feitas ao modelo humanista na medicina salientam que, mantendo o modelo liberal médico como modelo central na relação do médico com o hospital³ e independentemente do modo de produção de cuidados se revestir ou não de uma lógica técnica pronunciada, existem médicos que procuram "salvar" a prática profissional da degenerescência do aspecto humano, introduzida pelo frenesim das intervenções apressadas e invasivas do corpo do doente, tratando-o sobretudo a partir do "escutar o doente" e deslocando as etapas iniciais do trabalho médico da utilização das técnicas para o conhecimento e exploração clínica directos.

Por outro lado, face aos processos de especialização médica, estes médicos procuram salvaguardar a qualificação médica e a unidade interna do corpo científico da medicina, considerando que a fragmentação provocada pela autonomização e institucionalização de domínios especializados em patologias ou em órgãos acarreta, de forma inevitável, a sua desqualificação e esvaziamento. Mantêm assim uma ideologia humanista e neutral, na conservação da ideia da "vocação médica" como a expressão mais "elevada" do investimento da

dimensão humana na relação profissional e traduzida na excelência do princípio ético de "servir o doente"⁴.

Separaram o mundo médico do mundo social, na medida do entendimento de que sobre a fenomenologia do mundo médico se projectam mundividências muito particulares, centradas no corpo, na saúde e na doença e na vida e na morte, sem equivalência expressiva no mundo social, decorrendo deste entendimento o necessário exercício ideológico do isolamento e neutralização das influências e determinações externas. Aqui os problemas valem por si e não radicam em qualquer determinação exterior a não ser a que é inerente à pessoa do doente e necessariamente reequacionada na atitude médica, típica neste modelo, de olhar o doente "no seu conjunto". É como se se pudesse produzir um corte entre o hospital, reino do biológico e negação do social e o exterior, reino do social e negação do biológico. Assim, mais do que em qualquer outro modelo de prática da medicina, é escamoteada a ligação íntima que mantém o "facto médico" com as ideologias sociais dominantes e a extrema sensibilidade que o mundo médico experimenta na relação com as realidades e tendências globais que atravessam as restantes estruturas sociais.

No que diz respeito ao modelo tecnicista, já atrás referido como inevitavelmente ligado a uma base técnica e tecnológica de organização de cuidados médicos especializados e superespecializados o que, nesta acepção restrita, o tornou imediatamente reconhecível no serviço universitário. No entanto, se o considerarmos na sua expressão mais alargada, incluindo outros elementos conceptuais de prática de medicina que o colocam em oposição ao modelo humanista, torna-se igualmente reconhecível no serviço não universitário.

De facto, na construção desta concepção mantem-se como modelo dominante da relação do médico com o hospital o modelo liberal médico, embora integrando de uma forma cautelosa a progressiva emergência do modelo da medicina institucional⁵. Isto não significa que se possa afirmar que o médico tecnicista é, potencialmente, um médico tecnocrático, no sentido de estar apto a introduzir na sua prática preocupações mais amplas do que as meramente profissionais e a saber apropriar-se da máquina burocrática do hospital. Estas condições apenas se encontram num pequeno número de médicos e em posições hierárquicas de chefia ou próximas da chefia de serviços ou de sectores dos serviços, subsistindo ainda em larga medida, senão exclusivamente para os outros médicos, o modelo liberal da profissão.

Quer dizer que o modelo tecnicista representa actualmente o que o modelo humanista já representou noutros tempos e noutros cenários médico-hospitalares, ou seja, essencialmente o meio de produção e reprodução das condições técnicas e científicas que permitem obter poder sobre o sistema médico através do hospital e não anunciando ainda um deslocamento do projecto de poder dos médicos do sistema profissional para o sistema hospitalar.

Também, apesar do recurso que é feito das múltiplas tecnologias médicas para a elaboração dos diagnósticos e para a organização das terapêuticas, ao nível das declarações dos princípios que orientam a sua actuação profissional

estes médicos insistem, sob várias formas, no "justo" equilíbrio a estabelecer entre as perspectiva técnico-científica e a perspectiva humanista na medicina. Para este objectivo recorrem ao uso de táticas e de manobras de natureza predominantemente discursiva, de reparação dos potenciais "estragos" produzidos pelos procedimentos médicos de forte incorporação tecnológica na relação médico-doente e da defesa intransigente da inolvidável presença do conteúdo humano de todos os gestos médicos que se praticam.

No entanto é possível encontrar nalguns médicos, embora em número reduzido e colocados em posições estratégicas no processos de produção de cuidados⁶, uma adesão clara e explicitamente formulada a parâmetros de prática da medicina incorporadores de um "ethos de finalidades produtivistas"⁷. Não quer dizer que noutros médicos e de uma forma encapotada não se definam concepções de prática médica onde se vislumbra um "lastro produtivista", na ênfase colocada na rentabilização das qualificações médicas e dos recursos tecnológicos para uma maior produtividade dos actos médicos. Em qualquer dos casos esta produtividade é medida pelo número de actos técnicos realizados e pelo número de projectos de investigação que tomam a forma de artigos publicados em revistas da especialidade e de comunicações apresentadas em reuniões científicas, integrada numa ideologia de crescimento científico de que nunca está desligada.

As ideologias médicas que se entrechocam no modelo tecnicista e que lhe dão corpo e sentido prendem-se com as ideologias sociais que, noutras estruturas sociais, também se configuram em ideologias de crescimento e desenvolvimento sob o impulso das lógicas técnico-científicas de racionalização da vida social. Mas, tal como acontece no modelo humanista embora revestindo-se de outras modalidades, conservam uma representação "natural" do hospital e da doença que exclui as determinações da realidade social. Assim, na racionalidade do modelo tecnicista é mantida a especificidade dos fenómenos do mundo médico, embora alimentada da racionalidade técnico-científica à qual se têm conformado as sociedades modernas. Uma ilustração possível é o facto de a medicina psicossomática ser considerada uma medicina de segunda ordem e afastada da zona dos interesses científicos dos médicos hospitalares, sendo um objecto de permanente construção de novas identidades profissionais para os médicos que não escolheram a carreira hospitalar.

3. O "médico com o doente" e o "médico contra o doente"

A presença do modelo tecnicista e do modelo humanista foi reconhecida nos dois serviços estudados, embora também se tenha reconhecido que nem sempre os médicos tomam posições claras e inequívocas na adesão a um ou a outro tipo de medicina, estruturando-se posições e oposições entre diferentes grupos de

médicos que nem sempre obedecem à clivagem principal medicina tecnicista/medicina humanista.

Assim, a partir das posições tomadas pelos diferentes grupos médicos identificados⁸, vemos desenharem-se no interior de cada modelo outras clivagens que, ou reforçam a clivagem principal, actualizando-a e particularizando-a, através da integração de linhas de força ideológicas que atravessam as concepções de medicina e se concretizam em concepções terapêuticas que procuram tornar incompatíveis a ideologia tecnico-científica e a ideologia humanista, ou acabam por a desorganizar ou até a pôr em causa face à emergência de modelos de racionalidade médica que procuram tornar compatíveis as duas ideologias.

Importa agora perceber como é que em cada grupo identificado se organizam os discursos médicos na vinculação estrita a uma concepção humanista ou a uma concepção tecnicista da medicina, quando são consideradas concepções extremas, dificilmente reconciliáveis no campo da actuação das práticas médicas. Igualmente importante é a determinação dos matizes introduzidos nestes discursos, com vista à compatibilização das suas ideologias de base, quando ambas as concepções, podendo ser consideradas reconciliáveis ou irreconciliáveis, convivem no mesmo espaço físico.

Neste caso, também interessa perceber como é que os médicos que partilham um modelo humanista ou um modelo tecnicista de medicina instrumentalizam a especialização, a tecnologia e a investigação em termos de, como no caso do primeiro modelo, oferecerem resistência aos processos estratégicos de desvalorização de que são objecto e, no caso do segundo modelo, de o revalorizarem e reforçarem ideologicamente, através da "descoberta" da "face oculta" da tecnologia ou do "rosto humano" da investigação, apenas acessível aos eleitos, num hábil enredo tecido à volta da relação médico-doente.

Colheram-se nos dois serviços discursos médicos onde a presença da concepção humanista da medicina associada à preservação da importância da medicina interna é muito clara e colocada em oposição à concepção tecnicista. Em ambos os serviços são produzidos por médicos que pertencem à geração dos internistas mais velhos e, no caso do serviço não universitário, estendem-se também a médicos relativamente mais jovens que fizeram a sua formação lado a lado com médicos clínicos muito prestigiados, dos quais guardam o "carácter exemplar" da sua atitude em relação ao doente e o "carácter global" da sua experiência clínica:

"...A medicina interna, como sabe, não é sinónimo da clínica geral (...), digamos que é uma clínica geral mais selectiva e mais aprofundada. De qualquer maneira, a pessoa fica mal servida só com os especialistas e a gente passa a vida a ver isso. Houve a dependência à especialização e à sub-especialização, que é pavoroso não é? E o indivíduo perdeu a noção de que a pessoa é um todo. A pessoa, por exemplo, sente perturbações digestivas ou dói-lhe a barriga, tem a barriga distendida, tem gases, tem diarreia, muitas vezes isso é um cólon irritável, é frequentíssimo até! O indivíduo tem palpitações, porque as barrigas distendidas dão palpitações e vai ao cardiologista, faz o electrocardiograma e está normal, e se o vê só de um ponto de vista diz: 'Não tem importância nenhuma, isto

é uma coisa perfeitamente funcional, não tem nada!"; se vai ao gastroenterologista: 'Ah, isto aqui não tem cancro, não tem úlcera, não tem prurido. Isso é só um distúrbio e tal!' E não há ninguém que agarre...e, muitas vezes, aquilo resulta exactamente de um conflito, dum conflito familiar, dum conflito laboral, etc., e, por conseguinte, todas essas coisas é preciso ter uma visão de conjunto, porque senão a pessoa vai às capelinhas todas e no fim deixam-se passar muitas coisas." (MC s.g. 4)'.⁹

Como estamos a ver, está subjacente a esta declaração uma concepção de medicina definida por contraposição às especialidades e que combina uma grande reserva relativamente ao papel das técnicas no trabalho médico, quando entendida como primeira etapa para a elaboração dos diagnósticos. Também no serviço universitário se recolheram pontos de vista semelhantes relativamente aos especialistas e à especialização:

"Acho que o fundamental em medicina é a medicina interna e a cirurgia geral. Os especialistas são necessários para duas coisas: para estudarem em profundidade os problemas e resolverem os casos raros das especialidades e para executarem técnicas. Por conseguinte, executarem técnicas e resolver, estudar, saber e convergir a sua prática de casos muito raros. Por exemplo, colites ulcerosas, doença de Crohn, hepatites crónicas activas, etc., justifica-se que os especialistas destas doenças, que são os que se interessam pela biópsia e 'pelo tubo acima e pelo tubo abaixo', todas as muitas técnicas que se fazem aqui e fazem-se quase todas, sejam os médicos a quem são mandados estes doentes para eles os tratarem, só isso, para poderem ter a sua mãozinha feita! Um caso que eu, por exemplo, não me interessa tratar, uma doença que eu veja agora uma, daqui a cinco ou oito anos outra, nunca lhe faço a mão, nunca a domino tão bem como esses médicos. Para isto é que eu acho que os especialistas servem!" (MC s.u. 32)

Assim se estabelece a distinção entre as áreas tradicionais e "nobres" da medicina e as especialidades médicas, sendo estas interpretadas como domínios residuais dos casos que o internista não pode tratar por exigir a utilização de técnicas que o médico de medicina interna não deve fazer.

Inverte-se a relação real que existe entre as medicinas, através da produção de uma relação imaginária dos médicos com as suas condições materiais de trabalho médico. É assim que, estando a medicina interna sistematicamente dependente dos casos clínicos residuais que não são objecto de um tratamento especializado, por este processo de inversão passam as especialidades a estar dependentes dos casos clínicos raros que os médicos de medicina interna consideram que não devem tratar, por caírem fora da alçada do exercício do seu olhar globalista. Mas, no que respeita à explicação do carácter esporádico destes casos, ao processo de inversão, justapõe-se um processo de mistificação. Suprimem-se todas as variáveis que determinam os diferentes graus de acesso dos médicos aos casos clínicos que mais desafios colocam ao saber médico e, assim, os casos são "raros" não só porque requerem elevada qualificação médica dos cuidados, definida fundamentalmente como qualificação técnica, como também pela raridade com que aparecem, pressupondo o livre acesso de todos os médicos a esses casos e omitindo as diferenças de posição do corpo médico face ao poder de angariar casos clínicos interessantes.

Os discursos directamente ligados à concepção tecnicista foram maioritariamente colhidos no serviço universitário. De forma indirecta e implícita

surtem nos discursos dos médicos do serviço não universitário, mas sempre através de uma forma crítica das suas consequências práticas, vistas fundamentalmente pela óptica da relação médico-doente e servindo sempre como definição pela negativa da concepção humanista, no reforço da sua distinção da concepção tecnicista.

São produzidos por médicos que ocupam posições muito marcadas na adopção da concepção tecnicista, estando implicados de uma forma activa nas actividades médicas e técnicas especializadas e colaborando activamente nos projectos de investigação clínica. Aposta numa concepção de medicina moderna, muito afirmativa das suas virtualidades técnicas e científicas, desembaraçada das questões de "filantropia" e apenas destinada aos mais competentes e aos mais competitivos:

"A medicina moderna não se baseia em questões de filantropia ou benemerência. É constituída por profissionais com uma determinada qualificação, estrutura profissional e mental determinada e que se querem os mais competentes, os mais aptos e até os mais disponíveis, e que devem estar também empenhados na qualidade da medicina que se pratica." (MC s.u. 64)

Esta concepção ainda qui meramente esboçada, entretando ganha forma e conteúdo quando este médico expõe as divergências de fundo relativamente à posição da medicina interna no campo da medicina, relativamente à posição da ideologia humanista no campo das ideologias profissionais médicas e face à especialização médica e à subspecialização, como está bem expresso nos seguintes excertos de entrevista:

"A medicina interna tem vindo a desaparecer nos últimos anos, é uma especialidade que está em crise de identidade. Agora até está a desaparecer mais do serviço, porque com as novas condições criadas no banco, em termos de internamento está a haver uma especialização de doentes provenientes directamente de lá. Portanto, evidentemente que isso vai restringindo cada vez mais a área dos verdadeiros internistas, se é que eles existem!... O conceito de internista é um conceito de certo modo platónico! É evidente que haverá sempre pessoas que realmente estejam interessadas em termos gerais, mas hoje a tendência é para a subspecialização" (MC s.u. 64)

"...Sobre esse conceito de medicina humanista eu repudio-o completamente! Um médico tem de ser e comportar-se como um profissional. É uma concepção perfeitamente estúpida e ultrapassada! O tipo de médico que bate nas costas do doente 'Como é que está o meu doentinho? Está bom e não sei o quê...' isso não é um profissional, é um amigo, um camarada ou um indivíduo simpático, mas não é um médico! O médico tem de ter uma postura, que além de ser humana - que não tem nada a ver - tem que ser um profissional em termos técnicos, sociais e científicos. E esta vertente viva é para mim extremamente importante! É importante que se comporte como um técnico diferenciado, especializado, competente e que tenha uma noção científica da realidade." (MC s.u. 64)

Estão expostos os elementos centrais que dão corpo a uma ideologia técnico-científica, totalmente comprometida com os projectos profissionais e científicos dos médicos de um hospital universitário.

A recusa da medicina interna como especialidade médica actual, a assépsia do comportamento profissional do médico das "excecências" humanistas, vistas como um folclore ridículo e desactualizado, não apropriado à sua necessária "mentalidade científica", a consagração da competência como o elemento motor da construção do médico moderno, bem como a tecnologia médica como o elemento "vivo" e preferencial do diálogo do médico com a doença, constituem a armadura ideológica do médico tecnicista.

Pela forma esclarecedora com que são apresentados alguns dos elementos ideológicos que dão corpo às estratégias de desvalorização de que são alvo os médicos de medicina interna, vale a pena apresentar as declarações de um médico acabado de se especializar no domínio central de especialização do serviço universitário:

"...Eu acho que os internistas em Portugal e nos outros países estão numa crise profunda de identidade, porque a medicina interna, com a evolução das especialidades, ficou numa situação muito difícil. De maneira que, actualmente, a definição que se tem dado mais à medicina interna - por o que eu tenho ouvido em alguns professores - é dizer que o médico de medicina interna é o advogado de defesa do doente perante a agressividade dos especialistas, médicos ou cirúrgicos, que possam estar envolvidos na resolução de um problema concreto que o doente tem. Portanto têm que ter uma visão universal de todos os problemas para estabelecer diálogo com outras especialidades e ter uma formação pessoal e humana para estar sempre do lado do doente contra a agressividade dos especialistas. De maneira que o médico de medicina interna anda sempre um bocado pendurado! (...) (MA s.u. 62)

Ao considerá-los como os "advogados de defesa do doente" contra a agressividade dos especialistas, reforça-se a distinção entre os médicos de medicina interna e os médicos especialistas e as concepções de medicina que lhes correspondem.

O médico de medicina interna passa a ser o "médico com o doente" e os outros especialistas passam a ser os "médicos contra o doente", em função das imperiosas necessidades ditadas pela razão técnica que orienta a medicina tecnicista e de que os especialistas são os intérpretes principais. Ao "médico com o doente", rejeitado da nova ordem científica e tecnologia da racionalidade médica, apenas resta o papel de responsabilização pelos doentes, de guardiães da "consciência humanista" na salvaguarda dos aspectos humanos de que são considerados os intérpretes principais.

4. O jogo dos disfarces

Da identificação e caracterização deste sistema dual de concepções de medicina, é possível reconhecer que ambas tendem a definir-se em termos da diferença e da oposição, constituindo, nesta medida, importantes recursos para a produção de estratégias de distinção recíprocas que, ao mesmo tempo,

funcionam como estratégias de desvalorização e desqualificação entre os diferentes grupos de médicos que aderem a uma ou a outra das concepções.

No entanto, ao nível de cada um dos modelos, recolheram-se múltiplos discursos médicos que indicam as principais formas de instrumentalização da "especialização", da "tecnologia" e da "investigação" para compatibilizarem as suas ideologias de base e, assim, nem que seja apenas provisoriamente, romperem os termos com que se estabelece a ruptura entre as duas concepções, em estratégias concentradas de resistência e superação dos processos de desvalorização recíprocos com que interagem os dois modelos no hospital.

Nos médicos que aderem claramente à concepção humanista da prática da medicina é frequente encontrar posições relativas à especialização médica que se apoiam num entendimento alternativo ao entendimento que dela é feita na concepção tecnicista. Assim, a especialização configura-se como um aprofundamento dos conhecimentos médicos e traduz-se num objectivo desejável mas não invejável das actividades médicas dos médicos internistas, só que dificilmente realizável dada a abrangência do seu saber e a extensão do seu olhar.

Para ilustrar esta ideia escolheu-se a posição de um médico "veterano" do serviço universitário, considerado um dos internistas do serviço apesar de já ter feito uma especialização. Assume claramente uma concepção humanista da medicina onde se articulam, não só os elementos anteriormente analisados, como os leva mais longe na construção de uma posição concertada e coerente a vários níveis.

Assim, considera que não se justifica existirem serviços especializados a não ser para fazerem técnicas, para o que bastará departamentos ou unidades de cuidados intensivos. Considera também que não devem existir cadeiras optativas ligadas às medicinas especializadas ao nível da formação pré-graduada, bastando existir a cadeira de medicina que integrará necessariamente todos os conhecimentos particulares. No fundo, considera que a especialização se deve deslocar da formação pré-graduada para a formação pós-graduada, no sentido de não comprometer irremediavelmente a construção do perfil do médico interessado e disponível em abordar o doente numa perspectiva integrada:

"Há uma dualidade e uma contradição entre a especialização e a integração. O doente é uma pessoa e se a especialização é cada vez maior, logo a integração tem que ser cada vez maior. Então a especialização deve ser vista só como aprofundamento de conhecimentos, sem perder de vista a visão global do doente" (MC s.u. 61).

No mesmo sentido, é elucidativo o testemunho de um médico de medicina interna do serviço universitário, quando coloca a questão da especialização como o jogo entre o "tudo e o nada":

"A medicina interna tende para a especialização, mas não podemos esquecer que tem que continuar a haver generalistas. Em determinada altura começou-se a considerar o especialista como sendo um indivíduo melhor, eu assisti a isso, até porque sou dessa época. Eu acho que não é melhor, eu acho que é um dos médicos de que o país necessita! Hipertrofiou-se o especialista! Temos que voltar a criar o generalista, mas em situação

equiparada com o especialista! (...) Na prática, o internista é um médico fundamental. Um hospital onde não existam verdadeiros internistas não pode funcionar bem. Pertencço a uma geração em que a medicina interna foi colocada como uma medicina de segunda categoria. Costuma-se dizer que o internista é o médico que 'não sabe nada do tudo' e o especialista é o médico que 'sabe tudo do nada' e de facto é assim!" (MC s.u. 34)

Como estamos a ver, o "tom" geral é de conciliação e complementaridade dos estatutos de prestígio médico do médico internista e do médico especialista. No entanto, não deixa de denunciar sistematicamente os aspectos em que os especialistas contribuem para o "abastardamento" da relação médico-doente, nomeadamente na investigação clínica e na utilização da tecnologia médica. Ou seja, ambas as actividades são articuladas a este modelo e compatibilizadas com as suas orientações fundamentais, mas, de forma implícita, pretende-se que nessa compatibilização se restitua à relação médico-doente a sua face "não corrompida", "original", em suma, "legítima":

"Sempre gostei de ser um médico muito ligado à assistência, o chamado médico que se forma para tratar doentes. É que há colegas que se formam para investigar, esquecendo muitas vezes a sua função fundamental. Acho que a medicina é uma profissão em que pode haver uma relação muito íntima com a pessoa. Acho que este aspecto tem-se vindo a abastardar nos últimos tempos... Não me sinto abastardado, com muito interesse em ver se aquele caso é muito interessante para eu poder publicar. Eu acho que, fundamentalmente, aquele caso é interessante para o poder tratar e, como consequência disso, poderá haver uma investigação para uma comunicação! É nisso, às vezes, há uma inversão de prioridades. Há colegas que parece que o doente é uma coisa, e esse aspecto humano eu acho que se abastardou em determinada época (...) Há uma coisa que por vezes prejudica o especialista, no sentido em que o especialista às vezes é demasiado tecnocrata, e eu não concordo com isso! O homem que realiza técnicas tem de ser um médico e tem-se abastardado um bocadinho nesse sentido!" (MC s.u. 34)

De facto, as posições destes médicos são paradigmáticas na ilustração de como se compatibiliza a ideologia humanista e a ideologia tecnicista da medicina, neste caso inserida numa estratégia de conciliação que radica fundamentalmente numa estratégia da conservação do prestígio médico das funções e responsabilidades científicas que conseguiram conquistar ao longo da carreira, e que representam para estes médicos a consagração da sua persistência em não soçobrar no turbilhão das mudanças que ocorreram na medicina e nos instrumentos de aquisição de poder e prestígio médico.

Partimos agora à descoberta das concepções médicas sobre a "face oculta" da tecnologia e o "rosto humano" da investigação, que se apresentam como formas de compatibilização entre a ideologia técnico-científica e a ideologia humanista.

Relativamente à primeira dimensão é bastante esclarecedor o depoimento recolhido do director do serviço universitário, a propósito dos requisitos profissionais exigidos aos médicos internos nos exames de saída da especialidade:

"...Nós temos sempre uma grande preocupação, eu pelo menos, é que não saiam 'robots' daqui, que não saiam técnicos que manipulem muito bem tecnologias, mas são incapazes de falar com o doente. Portanto se disser o que é mais fácil eles aprenderem e se exibirem,

é nas técnicas! Portanto nós, nos concursos, em geral procuramos dar uma grande ênfase à parte clínica para compensar o desvio tecnológico (...) Eu acho que a tecnologia pode ser também uma belíssima ocasião de desenvolver a relação médico-docente, na preparação para as técnicas, no desenrolar das técnicas, no pós- técnicas, etc..." (MD s.u. 35)

Identifica-se o "desvio tecnológico" e procura-se resolvê-lo através do apêlo à redescoberta da relação de comunicação entre médico e docente que, segundo esta posição, não desaparece mas apenas se ensombrece e oculta quando a tecnologia se interpõe na relação. Mas os procedimentos reais que acompanham a execução das técnicas não se compadecem com a visão idealizada das potencialidades humanas inscritas na sua manipulação, como é possível perceber no desabafo feito por um interno na especialidade:

"Estar uma manhã inteira a fazer endoscopias a pessoas que eu só vejo de boca aberta e nunca mais volto a ver, custa-me um bocado!... Faço, tem que ser feito, é das tais coisas, não há volta a dar!... Se todos os médicos que personalizassem a sua actividade aqui dentro do hospital, por exemplo, fossem assistir à endoscopia do seu doente, já talvez eu não me sentisse tão mal!" (MIE s.u. 50)

A partir deste testemunho percebe-se que o encobrimento da discrepância entre a ideologia e a prática da medicina tecnicista é um importante processo de recuperação ideológica da dimensão humanista para o modelo tecnicista da medicina. Nele se abrigam os principais recursos estratégicos da valorização humanista deste modelo na demonstração do seu papel de "síntese", através da exibição de um "estilo" próprio de se ser um médico moderno e de um "figurino" especial de se praticar a medicina tecnológica.

Por outro lado, sobre a influência positiva e "benéfica" da investigação na relação médico-docente e na modelação das atitudes e actividades clínicas em termos da prática de uma medicina humanista, é interessante registar a posição de um médico- professor auxiliar da faculdade:

"... Se de facto o médico que faz clínica não passa por uma vivência de produzir investigação, por uma vivência do que é esse processo de investigar, de investigar o que é a actividade do laboratório de investigação clínica em ligação com a realidade assistencial e saber que, por exemplo, a boa ciência praticada no laboratório faz desenvolver nas pessoas boa ética...todas as pessoas que eu tenho sentido que fizeram investigação com exigência, têm um comportamento - se têm vocação para a clínica, porque há pessoas que não têm - mas se têm vocação modulam a sua actividade em termos de actividade clínica e eu penso que as influenciam! Eu penso que aquele conceito de dizer que quem faz investigação afasta-se, digamos, duma medicina humana, eu penso que é o contrário! Se fizer boa investigação traz para ele uma melhor ética em termos de comportamentos globais e traz para ele uma relação humana e uma responsabilidade humana superior. Esta é a minha vivência!(...) Essas pessoas quando depois optam por outra actividade qualquer, dá-me ideia que o facto de terem sido submetidas a esse processo de investigar rigoroso, com uma atitude sempre de questionar e de analisar, adaptam isso a tudo, inclusivamente podem adaptá-lo ao problema de pôr em causa o comportamento humano que estão a ter!" (MP s.u. 65)

Este depoimento reúne todos os ingredientes necessários para a demonstração das potenciais virtualidades humanistas contidas no "bom" processo de investigar e instrumentalizadas na relação médico-docente. Faz-se salientar a

intrínseca pedagogia deste processo no desenvolvimento dos princípios éticos indispensáveis para a produção de uma relação humana mais bem informada e estruturada com o doente.

Repare-se que estas posições são a de médicos altamente colocados na hierarquia universitária e hospitalar, os quais, dispensados do envolvimento directo com o trabalho médico nas enfermarias e distanciados dos problemas e dificuldades que representa resolver a procura assistencial do serviço, desenvolvem uma visão "onírica" em que, no contexto de uma estratégia de desvalorização do modelo humanista, se procura compatibilizar a ideologia técnico-científica e a ideologia humanista no modelo tecnicista, recusando o epíteto "desumanizante" sobre ele constantemente lançado.

O jogo das compatibilizações é, assim, um jogo de disfarces.

Se às vezes as estratégias de distinção que operam reciprocamente entre os médicos representantes destes dois modelos representam verdadeiras divergências de fundo protagonizadas pelos médicos com posições hierárquicas muito bem definidas nos serviços, muitas vezes, a diversidade das posições tomadas apenas servem para dar fundamento a projectos profissionais e científicos de conquista de poder, acessíveis e úteis aos médicos que se situam nas gerações mais novas e que detêm uma posição hierárquica onde se torna nevrálgica a progressão na carreira hospitalar.

Forçam-se artificialmente as distinções e instrumentalizam-se as oposições para dar visibilidade às posições diferenciais que, reconhecidas pelos médicos que detêm as formas estratégicas de poder, poderão facilitar o estabelecimento de compromissos e a angariação de apoios para a concretização de projectos pessoais.

Notas

- 1 Cf. M. Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 201 a 206. O hospital pode ser encarado como uma ilustração do conceito de "panóptico", tal como Foucault o concebeu a partir do projecto de Panóptico de Bentham, considerando-o um modelo exemplar da tecnologia disciplinar. Ora, cuidar dos doentes no hospital, através da fixação de corpos num espaço, da organização hierárquica dos indivíduos, da disposição dos centros e canais do poder e da definição dos seus instrumentos e modos de intervenção é uma das aplicações possíveis deste conceito. Cf. também M. Foucault "Deux essais sur le sujet et le pouvoir" in: Dreyfus e Rabinow, *Michel Foucault, un parcours philosophique*, Paris, Gallimard, 1984, assim como M. Foucault, *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 8ª edição, 1989, (edição com base em textos de Michel Foucault organizada por Roberto Machado), para a análise do regime do saber médico, ou seja, a análise da maneira como o saber médico funciona e circula, assim como as suas relações com o poder.
- 2 Cf. G. Carapinheiro, *Saberes e poderes no hospital. Estudo sociológico de dois serviços hospitalares*, Tese de doutoramento, ISCTE, 1989. Na caracterização sociológica dos dois serviços foi dada uma atenção prévia à organização do espaço físico e à sua simbologia, pela identificação das formas de segregação física e simbólica que separam os diferentes lugares de cada serviço. A análise desta dimensão adquire uma nova forma quando se procura determinar o modo dominante de produção de cuidados médicos e a organização específica do trabalho que

corresponde a cada um dos serviços. Na análise destas duas dimensões no serviço universitário, são destacadas as especificidades médicas, técnicas e sociais resultantes da existência de uma vocação médica especializada e de uma dupla hierarquia, hospitalar e universitária.

- 3 O "modelo da medicina liberal", o "modelo da medicina institucional" e o "modelo da medicina académica" constituem os principais modelos que orientam a organização da pertença dos médicos à instituição hospitalar, no âmbito das suas estratégias de conservação e maximização do poder. Ora uma das dimensões destas estratégias define-se face ao hospital, no sentido de fazer prevalecer a pertença profissional sobre a pertença institucional, através da instrumentalização dos objectivos do hospital como meio de acesso ao poder no seio do sistema médico.
- 4 Cf. A. Campbell, "Profession and vocation" in: G. Fairbairn e S. Fairbairn, *Ethical Issues in Caring*, England, Averbury, Gower Publishing Company Limited, 1988. Campbell discute a natureza dos cuidados produzidos por profissionais como uma vocação. Na discussão do conceito de vocação começa por fazer a crítica do profissionalismo através da passagem por três abordagens teóricas das profissões que o autor considera serem as mais representativas da literatura sociológica: a abordagem dos "traços distintivos"; a abordagem do poder: a abordagem funcionalista. Então, o conceito de vocação é discutido no confronto entre a abordagem funcionalista e a abordagem do poder. Radicando a análise numa perspectiva predominantemente teológica, deixa em aberto o problema da articulação da vocação com o poder formal atribuído às profissões.
- 5 Trata-se de um dos três modelos referidos na nota 3.. De facto, o modelo médico liberal foi reconhecido como modelo dominante da organização da pertença dos médicos ao hospital. Ora o modelo alternativo ao modelo liberal, proposto como medicina institucional, só se configurou como uma tendência de organização das atitudes e dos comportamentos médicos na instituição, que tornem possível dar lugar a uma nova relação com o hospital que, não se demitindo de uma estratégia de extensão progressiva do poder médico no interior da instituição, ganhe entretanto outras modalidades de competências técnicas, estrategicamente orientadas para redefinir os problemas comuns da actividade do médico e do hospital.
- 6 As posições estratégicas na produção de cuidados médicos são não só aquelas que advêm directamente do exercício das competências associadas a posições hierárquicas de topo, logo ligadas ao exercício do poder formal, mas também as que decorrem do exercício de competências que não estão formalmente estabelecidas mas que se vão necessariamente produzindo sob o impulso do desenvolvimento científico e técnico da medicina. É o caso das competências médicas e técnicas específicas, com origem em saberes não codificados na medicina praticada e não protocolizados nos modelos habituais de intervenção clínica, obtidos através de formas que podem ir, desde estágios feitos em hospitais estrangeiros até ao domínio de técnicas de diagnóstico e terapêutica recentes e sofisticadas ou até à segurança adquirida pela experiência, na prática de manobras arriscadas que podem resolver decisivamente situações de urgência clínica. A posse destas competências pode ser capitalizada para o acesso a lugares de planeamento, direcção e controlo de sectores da produção de cuidados médicos.
- 7 Cf. Sibaja-Steichen, *La Médecine Techniciste*, Paris, Université de Vincennes, Tese de 3. Cycle, 1972. Na introdução da tese, a autora associa ao termo "tecnicista", atribuído à medicina, quatro ordens de conotações: 1. medicina tecnicizada, isto é, baseada numa infra-estrutura tecnológica; 2. medicina tecnicista no sentido de que integra em si o *ethos* das finalidades produtivistas em detrimento do aspecto humano do homem doente, psicológica e socialmente; 3. trata-se de um tipo de medicina principalmente desenvolvida pelos médicos hospitalares, que tendem a tornar-se, pelo menos latentemente, tecnocratas; 4. Ao nível desta prática médica tendem a desenvolver-se relações conflituais com a burocracia hospitalar.
- 8 Cf. A. Chauvenet, "Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers", *Revue Française de Sociologie*, XIV, n. especial, p. 71, 1973. Chauvenet identificou e distinguiu três grupos médicos no âmbito da análise das orientações e estratégias face às concepções de medicina. Na utilização desta tipologia de grupos médicos nesta análise, apenas foram identificados dois dos grupos, como se pode conferir em G. Carapinheiro, *Saberes e poderes no hospital*, Tese de doutoramento, ISCTE, 1989, p. 502 em diante, e considerou-se que na identificação destes grupos é necessário salvaguardar com algum cuidado a distinção entre os médicos bem colocados na hierarquia médica dos serviços e os médicos ainda em carreira.

ocupando posições hierárquicas de base e vinculados a compromissos médico-institucionais com os seus médicos de chefia.

- 9 Os excertos de entrevistas vêm codificadas na seguinte maneira: MP - Professor universitário; MD - Director de serviço; MC - Chefe de serviço; MA - Assistente hospitalar; MIE - Interno de especialidade; s.u. - serviço de medicina interna do hospital universitário; s.g. - serviço de medicina interna do hospital geral.