

A PSICOLOGIA MÉDICA NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DE CASO

Carla Ribeiro Guedes
Universidade Estácio de Sá

RESUMO: A presente pesquisa teve como proposta realizar um estudo de caso no serviço de psicologia médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foi investigado como os princípios teóricos da psicologia médica aplicaram-se em uma instituição de ensino e assistência. Os pressupostos iniciais deste campo tinham uma vertente contestatória em relação à medicina. Questionavam os padrões nos quais a prática médica havia se estruturado. Pretendiam modificar a relação médico-paciente dando-lhe uma conotação mais humanizada, e também almejavam construir um modelo para a gênese da doença, onde os fatores psíquicos passariam a ser considerados elementos fundamentais na formação das enfermidades somáticas. A partir da análise dos dados, pôde-se concluir que a inserção da psicologia médica na UERJ retrata uma trajetória institucional marcada por dificuldades e lutas políticas, que implicaram em uma gradual modificação de seu propósito de origem. Perdeu-se o caráter crítico e contestador, para transformar-se em uma espécie de adendo da medicina.

PALAVRAS-CHAVE: psicologia médica, estudo de caso e UERJ.

**MEDICAL PSYCHOLOGY AT UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO: A STUDY CASE**

ABSTRACT: The present research had as proposition making a study case at the wing of medical psychology at Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). It was investigated with the theoretical principles of medical psychology applied in a teaching and aid institution. The initial presuppositions of the field had a contestester characteristic in relation to Medicine. The structures were inquired the medical practice. With the intention to modify the relation

doctor – paciente giving a more humanized conotation, and also building a model for the origem of the disease, where the psychic factors would be considered major elements in the formation of somatic illnesses. When analyzing the data, it was concluded that the insertion of the medical psychology at UERJ portrays an institutional trajectory marked by difficulties and political struggles, that implied in a gradual change in its primary proposition. The critical and contestester character was lost, transforming it in a Medicine addendum.

KEYWORDS: medical psychology, study case and UERJ.

A medicina antropológica é considerada a primeira prática que pretende unificar os saberes relativos à “mente” e ao “corpo” inserindo um discurso de cunho psicológico nas concepções da medicina. Formulada na Alemanha, nos anos vinte, utilizava o termo antropologia para designar que as dimensões humanas sobrepujavam às da natureza. Suas concepções conceituais originavam-se da filosofia Kantiana, a qual acreditava que as ciências humanas (do espírito) contrapunham-se ao mundo da natureza.

Esta proposta pretendia reformular os pressupostos da medicina tradicional, entendendo a doença não apenas como orgânica. A enfermidade teria causalidades que não poderiam ser explicadas através da biologia. A sociologia e a psicologia tornaram-se importantes instrumentos para pensar a produção do adoecer. O médico Oswald Schwartz, apud Birman (1980), propõe o *valor* como dimensão fundamental para pensar a enfermidade, deste modo, o sujeito doente transformou-se na figura central do adoecimento.

Segundo Birman (*op.cit.*), no plano institucional, porém, a medicina antropológica não foi bem recebida pelos médicos. A sua inserção na medicina tradicional ocorreu de forma gradual, e devido a mudanças metodológicas e técnicas que se deram no decorrer de seu desenvolvimento. A filosofia de Kant deixa de ser o principal referencial teórico. No entanto, a polaridade entre natureza e cultura permaneceu durante um período sendo utilizada para pensar as relações do individuo enfermo com seu contexto social.

Todavia, nos anos trinta, esta prática sofreu grandes transformações. Surgiu, nos Estados Unidos, um movimento que aboliu todas as referências pautadas no discurso filosófico e nas representações sociais. Tinha como enfoque basicamente as causalidades psíquicas do adoecimento a partir de formulações positivas. Birman (*op.cit*) aponta que a difusão desta nova perspectiva deu-se devido aos trabalhos realizados no Instituto Psicanalítico de Chicago através de Franz Alexander.

Nos anos cinquenta, a prática médica, acompanhando uma tendência dos grandes centros europeus, uniu-se a outros discursos. A ciência do comportamento era aquela que incluía as dimensões psicológicas e sociológicas. Neste período, houve a legitimação desta proposta principalmente pela repercussão dos trabalhos realizados pelo médico húngaro Michael Balint (1988) na Inglaterra, sobretudo com o livro *O médico seu paciente e a doença*, onde introduz na medicina contribuições da teoria psicanalítica. No Brasil, este movimento difundiu-se pela proposta do médico e psicanalista Danilo Perestrello (1989) em *A medicina da pessoa*.

Esta abordagem pretendia modificar a relação médico-paciente dando-lhe uma conotação mais humanizada, assim como construir um modelo para a gênese da doença, na qual os fatores psíquicos passariam a ser considerados elementos fundamentais na formação das enfermidades somáticas. Destas matrizes, surge um campo que atende por duas denominações: “Psicologia Médica” e “Medicina Psicossomática”.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A primeira etapa da investigação consistiu em analisar como a primeira produção teórica da psicologia médica em nosso meio na forma de livro-texto apresentou seus conceitos norteadores. Exporemos a proposta de Perestrello (*op.cit.*) em *A medicina da Pessoa*.¹

A segunda etapa teve como eixo central a pesquisa empírica. Utilizamos como principal fonte de pesquisa entrevistas em profundidade com os professores da Psicologia Médica, entre os quais

1 O livro *A medicina da pessoa* de Danilo Perestrello foi publicado pela primeira vez em 1974.

se encontravam alguns fundadores do departamento. Além disto, foram colhidos depoimentos de profissionais da Psiquiatria e do Ambulatório de Medicina Integral da UERJ e de uma aluna que cursava a pós-graduação em Psicologia Médica nesta universidade. As entrevistas - realizadas no período de março a julho de 2000 - foram transcritas, e os registros analisados qualitativamente a fim de retratar o percurso histórico da disciplina na instituição e estabelecer uma comparação entre a proposta teórica do campo e sua aplicabilidade prática na vivência institucional.

PROPOSTA DA PSICOLOGIA MÉDICA

A medicina da pessoa é considerada a obra que inaugurou o campo da Psicologia Médica no contexto brasileiro. Sua apresentação, tem caráter original e uma preocupação em situar-se diferenciada ao modelo proposto pela medicina moderna. Reivindicava uma prática médica baseada em princípios humanitários, onde se considerasse o paciente como indivíduo e não apenas como uma doença.

Proposta de Perestrello

Para Perestrello (1989) o indivíduo é como uma totalidade, uma unidade indecomponível, e somente é possível estudá-lo quando se considera o seu processo histórico e as relações de nexos entre os fatos. Torna-se necessário assim, conceber o homem em relação com o mundo.

Propõe que ao estudar o ser humano se faça conexões entre o seu passado, o presente e suas aspirações futuras. Para tal, é preciso pesquisar a sua história de vida, realizar um levantamento de sua biografia, inclusive com seus projetos e perspectivas. Neste viés, o homem pode realmente ser compreendido.

O autor baseia-se no historiador Dilthey para distinguir entre uma abordagem do homem à luz da perspectiva naturalista e da histórico-cultural. A primeira ao entender o ser humano como biológico apenas o explica; enquanto que a segunda o compreende. Nas ciências naturais, o conceito de lei universal requer um processo hipotético-dedutivo para chegar às leis gerais, e portanto, generaliza os fenômenos. Em oposição, a ciência cultural visa a singularização.

A “nova” medicina estaria nos moldes da histórico-cultural, e esta abordagem teria relevantes conseqüências na prática médica, à medida que o médico no seu procedimento individualiza seu paciente, passa a abandonar o enfoque generalizador da tipologia. O estudo da doença é substituído pela pessoa.

A medicina da pessoa defende que o psíquico e o fisiológico estão intrinsecamente relacionados, o modo de ser e o modo de adoecer são construções da história de vida de cada indivíduo.

A doença nesta perspectiva torna-se um modo de expressão de conflitos internos. Esta tem um caráter pessoal e está vinculada à relação da pessoa com seu mundo:

A enfermidade como corolário do modo de ser da pessoa foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário, talvez dos novos rumos que iria tomar. A doença veio como o modo mais ruidoso de manifestar-se a pessoa e se elaborava muito antes.

(PERESTRELLO,1989:74)

Segundo Perestrello (*op.cit.*), o homem não existe ele coexiste; ou seja, o ser humano é um sistema aberto, em constante interação com o seu meio. Sendo assim, o adoecer é uma das manifestações do homem com seu ambiente.

Os médicos, para que possam desenvolver uma medicina baseada em uma visão integradora, devem estar atentos e preparados para lidar com seu paciente. Além de estarem aptos a detectar as circunstâncias de emergência de uma doença, é necessário que compreendam como o enfermo relaciona-se com sua enfermidade, isto é, como a doença insere-se nas suas relações com o mundo.

Devido a estas inúmeras implicações no processo do adoecer, a figura do médico transforma-se em um poderoso instrumento da prática clínica. As funções exigidas pelo modelo naturalista - a realização de perguntas sobre a doença, o exame físico e a indicação de medicamentos - tornam-se insuficientes. O médico deve ter características de um terapeuta, respeitar a individualidade de seu paciente, e, sobretudo, ouvi-lo.

Para tal, é preciso o abandono da tradicional anamnese dirigida, pois através desta somente se pode chegar ao diagnóstico de uma doença em termos biológicos. Metodologia que possibilita apenas uma visão organicista e parcial da enfermidade. De acordo com o método das ciências naturais, o enfermo é tratado como uma máquina, "uma peça na engrenagem dos acontecimentos" (PERESTRELLO, 1989, p.98). O paciente é coisificado, descaracterizado como ser humano.²

Deste modo, as entrevistas direcionadas, freqüentemente, causam configurações desarmoniosas entre médico e seu paciente. O médico, ao posicionar-se de uma maneira indisponível, interessado apenas em ouvir dados objetivos da doença, assume uma atitude de rejeição. Esta postura remete o paciente a outras configurações anteriores de sua vida, nas quais estabeleceu relações insatisfatórias, como por exemplo, nos primeiros contatos com a mãe, ou nos momentos da infância conflituosos com o pai ou mesmo com alguma figura parental. Neste caso a relação médico-paciente é perpassada por uma hostilidade, muitas vezes inconsciente, que prejudica o restabelecimento da enfermidade.

Para que haja a superação deste modelo mecanicista, é preciso optar por uma anamnese não dirigida, na qual estabeleça um relacionamento satisfatório e eficaz. Desta forma, o clínico pode entender as circunstâncias que fizeram a doença eclodir e lidar com esta situação sem agravar o quadro da enfermidade.

A relação transpessoal torna-se um ponto crucial nesta proposta. As atitudes do médico poderão ser terapêuticas ou não, e produzirem configurações benéficas ou maléficas no curso do adoecer. Como afirma Perestrello parafraseando Balint:

o medicamento mais receitado em medicina ainda não foi bem estudado do ponto de vista farmacológico. Este medicamento é o próprio médico.

(PERESTRELLO, 1989:128)

2 Segundo Perestrello um exemplo de que o paciente é tratado como "coisa" ocorre nas enfermarias, os doentes perdem qualquer referência pessoal, passam a ser o "leito 15" ou o "caso de cirrose".

Psicologia Médica e a Medicina Moderna

Através destas explanações podemos considerar que esta proposta norteia-se a partir das seguintes postulações:

- 1) O ser humano constitui-se desde o nascimento como um “todo” psíquico e somático.
- 2) As manifestações relacionadas ao psiquismo estão intrinsecamente relacionadas às corporais. Corpo e mente são indissociáveis.
- 3) Toda doença é entendida como psicossomática.
- 4) A doença é uma manifestação pessoal que se relaciona com a história de vida do enfermo.
- 5) O adoecer expressa-se como conflitos internos, como a manifestação de uma disfunção existencial.
- 6) A importância do médico escutar seu paciente é indubitável.
- 7) A relevância de o médico investigar a história de vida do paciente e a sua biografia, para a compreensão do processo do adoecer, não pode ser desprezada.
- 8) A relação médico-paciente é entendida a partir de postulações psicanalíticas. O paciente, muitas vezes, tem sentimentos e atitudes em relação ao médico que estão relacionadas a figuras parentais e vice-versa.
- 9) O médico deve ser considerado como figura central no processo de cura de uma enfermidade.

Podemos considerar que estes são os principais pressupostos defendidos pela psicologia médica. No entanto, afirmamos que subjacentes a estes postulados são encontrados outros, mais implícitos. Em cada um dos itens expostos há uma afirmação que se coloca claramente oposta a de um modelo vigente, o da medicina. Deste modo, os referenciais teóricos deste campo parecem ser construídos em contraposição ao discurso da prática médica tradicional. Prática esta, que autores como Foucault (1980) e Camargo Jr (1997) vão afirmar que se alicerça em um saber organicista e com referenciais da biologia.

Entretanto, ao nos remetermos a Perestrello (1989) vemos que esta característica oposicionista não é tão implícita como aparenta em um primeiro momento. Acredita que a implantação de sua proposta

somente se torna viável com uma transformação da medicina. Seria necessário haver uma superação do modelo médico vigente por outro de parâmetros humanistas.

Para Camargo Jr e cols. (1998) a inauguração desta perspectiva em nosso meio tem um caráter contestatório. Pretendia-se estabelecer novos padrões teóricos e práticos para a medicina, onde havia a pretensão de reformulá-la e, talvez, refundá-la a partir de novas bases.

A partir disto, acreditamos que uma investigação das concepções deste campo não pode ser limitada às suas produções teóricas (iniciais); estas somente serão úteis quando circunscritas dentro de um contexto institucional. Portanto, propomos um estudo de caso em uma instituição de ensino, a psicologia médica dentro da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ (1979-2000), onde possamos articular a teoria e a prática e refletir sobre suas configurações.

A PSICOLOGIA MÉDICA NA UERJ

Histórico

Em fins de 1978, Júlio de Mello Filho foi convidado por Aluísio Amâncio, professor da clínica médica, para compor o quadro de professores da UERJ, com o intuito de ministrar uma cadeira de Psicologia Médica no curso de Medicina. Nesse período, Mello Filho era um profissional bastante conceituado na área de psicossomática, havia implantado, em 1966, no Hospital São Francisco de Assis da UFRJ, este setor, no qual permaneceu como chefe de serviço durante onze anos. Havia, inclusive, publicado o livro: *Concepção psicossomática: uma visão atual* (MELLO FILHO, 1979), no qual relatava sua experiência. Em 1977, foi transferido para o Hospital Clementino Fraga Filho no Fundão, local em que se encontrou insatisfeito com as condições de trabalho:

Minha vinda para a UERJ teve aspectos científicos e aspectos políticos. Havia uma situação de muita competição onde eu estava, não era mais chefe de serviço, o Fundão naquela época era um Hospital sozinho, solitário.

(MELLO FILHO, 2000)

Neste ínterim, ocorre uma fatalidade, no mesmo dia em que Mello Filho foi nomeado na UERJ, Aluísio Amâncio sofre um infarto e falece. Esta situação fez com que quase desistisse do novo cargo, pois temia ter dificuldades com a Psiquiatria que tinha como marca uma orientação estritamente biológica, enquanto que ele possuía uma formação psicanalítica, era membro da SBPRJ – Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. Entretanto assume em 1979 os postos de professor Adjunto de Psiquiatria e Psicologia Médica e o de Chefe do setor de Psicologia Médica.

A proposta inicial consistia em ministrar aulas de psicologia médica juntamente com professores da Psiquiatria em duas cadeiras: de psicopatologia para o terceiro ano de medicina e de psiquiatria para o quarto ano, assim como implementar um serviço assistencial no Hospital Pedro Ernesto. Para tal tarefa, Mello Filho convidou alguns dos profissionais que o acompanhavam no período da UFRJ, com destaques para José Roberto Muniz e Luis Fernando Chazan. Ambos eram médicos e realizaram a formação psicanalítica pela SPAG- Sociedade Psicanalítica de Análise de Grupo, e posteriormente aderiram à Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ). Iniciaram seus trabalhos na UERJ como professores voluntários.³

A contratação de Chazan ocorreu três anos após o início de seu trabalho na UERJ, em 1982. No entanto, para Muniz ela ocorreu anteriormente em 1980. Assim, ambos e Mello Filho formaram o corpo de professores responsáveis pela Psicologia Médica. Durante o período inicial tiveram a colaboração de voluntários. Estes eram em sua maioria psicanalistas da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, profissionais que tinham interesse em desenvolver algum trabalho com a instituição. Colaboração que teve caráter transitório:

Isto era muito inconstante, porque a pessoa ficava o tempo em que estava interessada.

(Professor da Psicologia Médica)

3 Luiz Fernando Chazan explica que o cargo de professor voluntário era algo comum em uma certa época. Um professor universitário podia convidar algumas pessoas para integrar sua equipe, que se tornavam seus assistentes. Estes, apesar de não terem vínculo formal, eram aceitos como tal.

Paralelo a isto, existiam grandes dificuldades com o setor de Psiquiatria. Apesar de estes professores pertencerem ao quadro da Psiquiatria e lecionarem em cadeiras desta disciplina, tinham uma proposta de ministrar aulas sobre psicologia médica, e implantar serviços assistenciais de acordo com esta vertente.

Pode-se considerar que a primeira crise ocorreu na condução do curso de psicopatologia para o terceiro ano de medicina, que após a entrada de Mello Filho adquiriu novas configurações. No entanto, esta cadeira não foi cedida integralmente a ele e a sua equipe, mas compartilhada com psiquiatras que continuavam a lecionar de acordo com os padrões anteriores:

A situação foi insustentável, um dava um curso de Psicopatologia e outro de Psicologia Médica. Duas coisas realmente diferentes, a água e o óleo. As duas não se misturavam.

(Professor da Psicologia Médica)

Mesmo com todos estes impasses⁴ tiveram a oportunidade de criar uma ementa própria para o curso⁴ e implementar trabalhos práticos no Hospital Geral. Uniram-se ao grupo de psicólogas que havia sido coordenado por Aluísio Amâncio, e com as quais desenvolveram atividades tanto assistenciais como teóricas. Estas profissionais participavam efetivamente como professoras no curso de Psicologia Médica. Todavia, o trabalho com este grupo teve apenas a duração de aproximadamente dois anos, e se desfez por razões políticas. Segundo um dos professores da Psicologia Médica, uma das diretoras do Instituto de Psicologia teria impossibilitado a permanência da equipe.

Entretanto, o problema de maior gravidade acontecia com a psiquiatria:

A polêmica com o pessoal da Psiquiatria se deu ao longo da década de oitenta, às vezes mais, às vezes menos.

(Professor da Psicologia Médica)

⁴ Na ementa, o curso ministrado era psicologia médica, no entanto, esta disciplina pertencia à Psiquiatria, e constava nos registros formais da faculdade com denominação de Psicopatologia I e II.

Esta dificuldade de relação foi agravando-se no decorrer do tempo. Segundo os entrevistados, um professor da psiquiatria e Mello Filho tiveram sérios desentendimentos, a ponto dos impasses existentes tornarem-se pessoalizados em torno dos dois.

Diante disto, a Psiquiatria chegou a conclusão de que seria melhor a separação entre as duas disciplinas:

Não era a nossa intenção prioritária, mas a gente achou que seria mais conveniente criar a nossa própria disciplina e sair de lá.

(Professor da Psicologia Médica)

No decorrer do processo de criação da disciplina de Psicologia Médica, os membros da Psiquiatria resolveram desistir da proposta da divisão, e propuseram continuar integrados em um só setor. Esta desistência não foi aceita pela outra parte, e terminou deflagrando a crise entre eles. Grande parte dos depoimentos aponta para a versão de que Mello Filho teria sido considerado o principal responsável por esta decisão:

Nós queríamos um poder próprio e deixar o corpo da Psiquiatria. Isto foi vivido pela Psiquiatria como se nós tivéssemos a abandonado. No fundo era isso. A Psiquiatria temia muito um crescimento maior nosso fora de lá, acho que inconscientemente ou conscientemente, não sei. Então se opunha dizia que era uma atitude divisionista que eu não sabia integrar. Eu sempre fui um integrador, mesmo a gente saindo da psiquiatria íamos continuar integrados.

(MELLO FILHO, 2000)

De acordo com o depoimento de um professor da Psiquiatria, a separação entre as duas disciplinas não foi de caráter político, mas pessoal:

Não houve uma colocação a meu ver da Psiquiatria, não sei se institucionalmente há alguma explicação, mas esta questão acabou se individualizando no momento da separação.

(Professor da psiquiatria)

O desfecho desta situação foi ainda mais complicado, em 1992, quando a cadeira de Psicologia Médica foi finalmente criada, a Psiquiatria mandou que fossem retirados todos os pertences da Psicologia Médica de seu espaço físico:

A gente tinha uma salinha lá, num dado momento houve um despejo. Por isto te digo que foi uma separação litigiosa.

(Professor da Psicologia Médica)

Neste momento, ficaram sem uma sala para ocupar e, acabaram conseguindo através da direção do Hospital um local:

Arrumaram esta sala aqui que hoje nós ocupamos. Nós viemos para cá e ela era bastante precária, já foi toda reformada: piso, pintura, enfim, apesar de continuar como você está vendo, a gente não tem espaço para nada aqui. Nós viemos para cá em condições precaríssimas.

(Professor da Psicologia Médica)

Este rompimento gerou conseqüências institucionais, e a primeira delas foi uma disputa pelas disciplinas ministradas. A psiquiatria resolveu reivindicar seus cursos de Psicopatologia I e II, que, desde a década de oitenta, vinham sendo de responsabilidade da Psicologia Médica:

Através de muita negociação nós ficamos com a metade, porque todo mundo sabia que a gente dava este curso. O curso foi cortado pela metade, nós passamos a ocupar um semestre, e também ganhamos um outro semestre no segundo ano que não tínhamos. Mas isto quebrou muito a dinâmica que a gente desenvolvia durante um ano todo.

(Professor da Psicologia Médica)

As dificuldades também ocorreram no âmbito assistencial. No decorrer do trabalho, haviam desenvolvido juntamente com a Psiquiatria um setor de interconsulta. Com o rompimento, os professores da Psicologia Médica ficaram impedidos de realizar esta atividade em

conjunto. Contudo, devido à grande demanda de solicitação de funcionários, que desconheciam esta problemática institucional, acabou-se implementando este serviço na Psicologia Médica.

No entanto, podemos considerar que uma das maiores conseqüências destas mudanças foi Mello Filho não ter assumido a coordenação da disciplina:

O Júlio era o pólo, era visado como figura, pela importância dele, pelo carisma, pelo tipo de pessoa que é e por estar no cenário político-científico. Diante disto, nós fomos aconselhados por colegas, professores de departamento, que na hora da criação da disciplina não seria indicado que o professor Júlio assumisse a coordenação.

(Professor da Psicologia Médica)

Deste modo, quando houve a criação da disciplina de Psicologia Médica, como uma instância inserida no departamento de especialidades médicas, houve a necessidade de um coordenador para o cargo, José Roberto Muniz foi o primeiro a assumir o posto, e até o momento foi quem ocupou mais gestões. Porém, houve um período em que Chazan acumulou duas importantes funções, a de coordenação da disciplina e de sub-chefe de departamento.

Esta mudança é relatada pelos entrevistados:

Nós tínhamos tomado mais pé de como se davam as coisas, ficamos assim um pouco menos filhos, digamos. Começamos também a assumir responsabilidades que eram 100% do Júlio.

(Professor da Psicologia Médica)

Um pouco antes desta ocasião, criaram um curso de extensão que teve turmas no ano de 1991/1992 e 1992/1993:

Este curso foi meio anômalo, digamos assim. Se você comparar com outros cursos de extensão, percebe que ele tinha uma carga horária imensa, ele era para ser uma espécie de protótipo do curso de especialização.

(Professor da Psicologia Médica)

Com a fundação da disciplina, em 1994 o curso de extensão foi substituído pelo de especialização em Psicologia Médica. Constatavam em sua programação aulas teóricas e um estágio prático no Hospital Universitário Pedro Ernesto com a duração de dois anos. O trabalho assistencial tinha como principal referência o modelo oferecido pela psicanálise.

No decorrer dos anos, estas concepções teóricas e metodológicas foram sendo modificadas, principalmente a partir de 1996, com a entrada na disciplina da professora Sandra Lúcia Correia Lima Fortes:

Estive fora do serviço durante os momentos importantes como a ruptura da disciplina com a Psiquiatria, a criação da disciplina específica de Psicologia Médica. Quando eu cheguei, fui inserida no curso de especialização, onde hoje sou coordenadora adjunta.

(FORTES, 2000)

A sua inserção no serviço, sobretudo na pós-graduação, foi geradora de grandes transformações como afirmou um dos professores da Psicologia Médica.

O curso teve uma marca organizacional muito forte quando entrou Sandra Fortes.

(Professor da Psicologia Médica)

Curso de especialização em Psicologia Médica

O curso de especialização em Psicologia Médica é considerado pelos professores como uma das maiores conquistas na UERJ. Segundo a avaliação de uma aluna da pós-graduação, o curso em termos estruturais está bem delimitado. Entretanto, a entrevistada aponta uma deficiência:

Em relação a estrutura do curso, eu diria que a deficiência que eu vejo é da questão da teoria com a prática. A gente tem muito mais prática que teoria, isso eu acho legal, que você tenha uma prática e a gente

tenha uma supervisão desta prática. A gente tem prática junto com a teoria. O que falta é mais parte teórica adequada com esta prática.

(Aluna da especialização)

Em relação a aplicabilidade da proposta teórica, a aluna afirma:

Este é o grande paradoxo da Psicologia Médica. A gente como aluno não consegue intermediar. Até porque você é aluno, você vai chegar como aluno para um 'bamba' daquele lá da cirurgia e dizer assim: 'seu fulano, olha só você precisa parar no leito', ou 'o que te impede de parar no leito de seu fulano de tal, misero desconhecido qualquer?' Ou 'o senhor precisa ter uma relação assim....' é claro que estou fazendo uma caricatura. Mas, como eu estava falando antes, a Psicologia Médica é meio a manutenção do status quo do médico. Ele não tem mais tempo para fazer mais isto, ainda vai sentar e ainda vai ouvir.

(Aluna da especialização)

No entanto, isto não significa que não haja um retorno positivo do trabalho:

... Eu tive uma experiência muito boa na cardiologia, a gente apresentou um trabalho no round deles e eles elogiaram, dizendo que é uma coisa o paciente acompanhado e outra coisa o paciente que não foi acompanhado. Na verdade, muitas vezes a gente é um tradutor, na cardiologia, por exemplo, eu tive uma experiência de ser um tradutor. A gente precisa não de um mediador, mas de um tradutor de linguagem. Às vezes você tem um médico que vem de uma classe média e o paciente de Hospital público vem de uma classe mais baixa. Então, por exemplo, eu tive uma paciente de setenta e poucos anos e ela tinha um

tumor raro no coração. E aí ela ia operar aquele tumor e o médico dizia para ela assim: 'a senhora vai operar este tumor, depois a senhora vai voltar para a sua casa e levar sua vida normal.' Quando a gente parava para conversar com ela, a vida normal dela era cuidar do marido que era uma pessoa paraplégica, e não tinha empregada, ela fazia tudo, todas as tarefas de casa, inclusive, ia à feira com duas bolsas. Então para mim ela dizia assim: 'eu não vou poder carregar aquelas bolsas, né?' Então você chegava para o médico e dizia assim: 'olha só, você falou com a fulana que ela ia levar uma vida normal. Mas sabe como é a vida dela? A vida dela é cuidar do marido doente, ela pega peso, ela vai à feira.' E o médico dizia assim: 'A não, isto ela não pode.' Eu dizia assim: 'então você vai lá e conversa com ela e diz o que ela pode e o que ela não pode.' Você tem que ser tradutor mesmo, tem que decifrar linguagem, para um e para outro.

(Aluna da especialização)

A entrevistada também aponta para uma problemática institucional:

Agora há uma grande questão política que eu acho hoje. Você tem pouca gente, você tem poucos professores na Psicologia Médica.

(Aluna da especialização)

Integração da Psicologia médica com outros setores

Segundo os relatos, após a entrada de Sandra Fortes houve uma maior integração com outros setores do hospital, sobretudo com o AMI (Ambulatório de Medicina Integral).

Esta afinidade teórica é confirmada por um médico do AMI:

... como se no campo político e teórico houvesse muita afinidade hoje nas propostas que as pessoas que dão Psicologia Médica estão tendo com as pessoas da Medicina Integral, em relação tanto à formação do médico quanto às atividades assistenciais.

(Médico do ambulatório de medicina integral)

Embora a expansão da Psicologia Médica seja demonstrada nos depoimentos anteriores, Fortes relata que a parte prática vem sendo prejudicada pela falta de profissionais:

Eu te diria que a disciplina está crescendo, só que ela é nitidamente com a capacidade esgotada para os recursos humanos que ela tem. Ela tem espaços de ampliação, mas não temos pessoal para isto.

(FORTES, 2000)

Ensino da Psicologia Médica na graduação de medicina

Os professores apontam como problemático o ensino na graduação, questionam sobre a função da psicologia médica na graduação:

Eu acho que a gente ainda não teve claro qual é a função da Psicologia Médica na graduação.

(Professor da psicologia médica)

E continua:

Existe uma dificuldade muito grande em aceitar este modelo. Eles estão no modelo biomédico, e eles tem um atrito com a Psicologia Médica, por conta de não identificar a compreensão biomédica do adoecer.

(Professor da psicologia médica)

Para este entrevistado, o embate entre o modelo proposto pela Psicologia Médica e o da visão biomédica expressa-se na própria linguagem utilizada:

Eles estranham a linguagem 'psi', a compreensão dos processos psicológicos. Então, tem uma crise importante, há até uma crise de linguagem. Toda vez que vou dar aula, explicar teoria estrutural topográfica do ego é um parto! Eles tem uma dificuldade enorme com o conceito de transferência, na verdade eles tem dificuldades com conceitos psicanalíticos. Acho que do ponto de vista da disciplina ela está perdida ainda, acho que a gente vai ter de encontrar uma nova forma de acesso.

(Professor da psicologia médica)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Psicologia médica introduziu-se em um espaço no qual sua proposta teórica e prática estabeleceu-se em oposição a um pensamento hegemônico – o modelo da medicina. Inicialmente visava transformar a medicina, utilizando como principal instrumento a formação do médico. Este deveria retirar enfoque da doença orgânica e pensar o processo do adoecer com suas múltiplas causalidades. Isto seria viabilizado através da relação médico-paciente.

Segundo Luz (1979) para que haja a manutenção do discurso dominante em uma instituição, são necessárias uma série de práticas que operem no sentido de reprimir qualquer tipo de manifestação contrária. Deste modo, as instituições paralelas são constantemente controladas pelos representantes do pensamento hegemônico.⁵ Neste sentido podemos considerar a psicologia médica inicialmente como proposta contestatória que pretendia uma contra ordem. Portanto, encontrou forças opostas que objetivaram manter a ordem estabelecida.

5 A análise de Luz direciona-se às políticas públicas de saúde, e portanto, reporta-se ao pensamento hegemônico representado pelo Estado. Todavia, neste estudo, estamos considerando a hegemonia exclusivamente em termos de modelo assistencial da medicina.

A Psicologia Médica foi marcada ao longo de sua história na UERJ por oposições e desentendimentos, especialmente com a psiquiatria. Mello F. e assistentes inseriram-se na psiquiatria com um propósito diferenciado da orientação deste setor que tinha um enfoque organicista e biológico. Deste modo, entendemos que há um conflito de propostas localizadas e fusionadas em uma mesma disciplina nomeada “Psiquiatria e Psicologia Médica”. Apesar das diferenças ambas passaram a compartilhar espaço físico, principalmente tarefas (ministrar aulas em conjunto e atividades assistenciais).

Esta parceria que não foi fruto de uma escolha terminou estabelecendo disputas de interesses. Luz (*op.cit*) entende a instituição como um espaço de lutas políticas, e deste modo, podemos afirmar que foi o que ocorreu. As duas disciplinas pretendiam ocupar um mesmo “lugar”, aquele que se relacionava às emoções e ao subjetivo. Sendo que a psiquiatria conseguiu ser reconhecida pela medicina como representante do campo em questão. Deste modo, entendemos que os constantes desentendimentos ao longo da história entre Psiquiatria e Psicologia Médica na UERJ, envolviam questões relacionadas à luta de poder, o que estava em jogo era a sustentação do modelo da medicina representado pela psiquiatria, contra forças paralelas que colocavam em questão a sua legitimidade.

Em contraposição a Psicologia Médica inicialmente não pretendia um reconhecimento da medicina mas reformular os padrões nos quais a medicina moderna alicerçou-se.

Todavia, observamos que este caráter oposicionista modifica-se no decorrer do tempo, um dos elementos que indicam esta transformação é a presença do psicólogo no hospital geral. Este profissional que em nenhum momento é mencionado no livro-texto de Perestrello (1989), aparece como um poderoso aliado, pois passa a servir como mediador da relação médico-paciente. Se, inicialmente, o instrumento de transformação encontra-se no médico, em sua tomada de consciência para a importância de considerar aspectos subjetivos do adoecer, depois, passou a ser responsabilidade do psicólogo o agenciamento entre o clínico e o enfermo. A disciplina parece não visar o médico mas encontrar mecanismos de facilitação para a atuação deste.⁶

6 A partir disto podemos entender a razão dos professores da psicologia médica afirmarem que o ensino na graduação de medicina esteja sem rumo.

Se o intuito inicial da Psicologia Médica era modificar a medicina podemos afirmar que ela não atingiu seus objetivos. Alia-se ao discurso médico, aquele que inicialmente se contrapôs, transformando-se em mais uma especialidade médica. Isto se confirma formalmente, uma vez que está inserida no organograma da faculdade como pertencente ao Departamento de Especialidades Médicas. Posição que foge aos propósitos iniciais da disciplina.

Acreditamos que estas metas deslocaram-se para a função assistencial. Se inicialmente a Psicologia Médica preocupava-se com a melhoria da relação médico-paciente, atualmente ela estendeu sua atuação para o profissional de saúde-paciente. Esta ampliação do campo parece ter auxiliado bastante a viabilização do trabalho assistencial. Neste ponto, ao contrário dos demais, entendemos que a disciplina conseguiu expandir-se. Contudo, esta expansão esbarra em um problema institucional: a disciplina não possui quantitativo suficiente para atender à demanda do hospital.

Retomamos a uma questão política: A Psicologia Médica, mesmo formalizada como uma especialidade, não conseguiu uma articulação que a permita crescer. Crescimento em todos os sentidos, desde o espaço físico até a contratação de profissionais e professores da área. Todas as suas concessões como a modificação de sua proposta de origem e de seus objetivos e a transformação em especialidade médica, não foram suficientes para sua ampliação e reconhecimento. Assim, institucionalmente organizou-se de uma maneira que atingiu uma certa posição política, mas ao mesmo tempo, tornou-se uma especialidade menor, destituída de poder.

REFERÊNCIAS

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura: sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro: Campos, 1980.186p.

CAMARGO Jr., K. A biomedicina. *Physis – Revista em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. vol.7, n.1, p. 45-68, 1997.

CAMARGO Jr., K. et cols. Psicologia médica: um trajeto teórico e Institucional. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.192, p. 3-14, 1998.

FOUCAULT, M. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FORTES, Sandra Lúcia Correia. Entrevista concedida à autora, 2000.

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MELLO FILHO, J. *Concepção Psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.

MELLO FILHO, J. Entrevista concedida à autora, 2000.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

Carla Ribeiro Guedes é Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/ UERJ. Professora da Universidade Estácio de Sá.

*O endereço eletrônico da autora é:
carlarguedes@domain.com.br*

Carla Ribeiro Guedes

A psicologia médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso.

Recebido: 9/1/2003

1ª revisão: 20/5/2003

2ª revisão: 24/6/2003

Aceite final: 11/7/2003