

A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro

Mrs. Tomasetti, Bloom and and early teaching project

Everardo Duarte Nunes ¹

Abstract *This article presents an analysis of Samuel W. Bloom's book, The doctor and his patient: a sociological interpretation, in which the author offers a way to approach the principal sociological concepts to medical students. The focal point is the doctor-patient relationship starting from the case of chronic woman patient and the patterns adopted by physicians and other professionals to attend the patient. The main concepts used to understand the doctor-patient relationship process are social system, role, norms and institutions. The paper presents the different chapters of this landmark book in medical sociology published in 1963 and bio-bibliographical author's information. The conclusions retake some problems about the teaching of sociology to medical students.*

Key words *Doctor-patient relationship, Mrs. Tomasetti, Medical sociology, Social system, Role*

Resumo *O artigo desenvolve uma análise do livro de Samuel W. Bloom, The doctor and his patient: a sociological interpretation, no qual o autor propõe uma forma de abordar os principais conceitos sociológicos para o ensino de estudantes de medicina. O foco central é o relacionamento médico-paciente, a partir do relato do caso de uma paciente e das formas adotadas pelos médicos e outros profissionais na tentativa de cuidar de uma paciente crônica. O principal conceito que embasa a análise é o de sistema social, ao qual se juntam os de papel, normas, instituições. Além de apresentar as grandes linhas dos diversos capítulos desse livro, marco da sociologia médica dos anos 60, o artigo apresenta informações bio-bibliográficas do autor. No final, são feitos comentários, mostrando, de forma geral, que a busca de uma forma de ensino das ciências sociais (em particular, da sociologia), para estudantes de medicina continua a ser um desafio para os educadores.*

Palavras-chave *Relacionamento médico-paciente, Sra. Tomasetti, Ensino de sociologia médica/saúde, Sistema social, Papel social*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13081-970 Campinas SP. evernunes@uol.com.br

Medical sociology is currently well established. There is some question about its relative strength in medicine, but there is no question in my mind about its intellectual strength as the sociology of medicine (Bloom, 1990).

Introdução

Ainda hoje, passadas mais de três décadas, alguns ex-alunos – médicos formados na Unicamp, perguntam: “Os alunos ainda lêem o caso da sra. Tomasetti?”

Depois de tantos anos, muitos casos somaram-se ao dessa senhora. Mas, afinal, quem é essa senhora que ficou na memória de antigos alunos do curso de ciências sociais aplicadas à medicina?

Essa personagem, da qual falaremos a seguir, centraliza a composição de um livro que, seguramente, foi o primeiro a ser escrito por um sociólogo, como produto de uma experiência de ensino, e que serviria de livro-texto para muitos cursos de ciências sociais em saúde.

O livro, *The doctor and his patient: a sociological interpretation*. O autor, Samuel W. Bloom.

Escrever sobre o livro e seu autor é recuperar para a história da sociologia médica um dos seus marcos fundadores. Mais do que um texto, representa o primeiro esforço no sentido de traçar um marco orientador para o ensino das ciências sociais, em particular da sociologia, em seus primórdios. Com esse livro, Bloom (1963) dá início a uma carreira totalmente dedicada à sociologia médica e, em particular, às questões educacionais e pedagógicas. Suas contribuições irão estender-se por cinco décadas de trabalhos ininterruptos.

Assim, antes de falarmos da sra. Tomasetti, iremos traçar, em linhas gerais, o perfil desse sociólogo da medicina; depois, situaremos a sua obra pioneira e alguns outros trabalhos que mostram o incansável labor de um intelectual que, juntamente com outros, criou um campo específico para o estudo dos fatores sociais na saúde e na doença e juntos batalharam pela sua institucionalização.

O autor

Samuel W. Bloom nasceu na Pensilvânia, em uma família de origem judaica e, segundo o seu relato, a sua opção pela sociologia foi porque ela se tornou *meu instrumento para dar sentido do*

meu próprio lugar neste fascinante e complexo mundo (Bloom, 1990). Bloom adquiriu essa percepção a partir das suas experiências em Nova York, onde estudou, e da viagem à Palestina, e que lhe garantiu uma visão de mundo que, como ele escreveu: *A verdade do Holocausto atingiu minha consciência completamente, e eu fiquei esmagado*. Acrescenta, que nessa época, *também, os efeitos ubíquos da mass media, especialmente o cinema, fascinaram-me* (Bloom, 1990). Mas, até quase ao término de seu treinamento oficial, a sociologia médica não fez parte de suas principais preocupações. Em 1953, obtém o M. A. com uma tese intitulada *The image of jewry in world history: Toynbee, Spengler, and Weber*, apresentada na The New School of Social Research e, em 1956, a tese para o grau de doutor, denominada *A social psychological study of motion picture audience behavior: a case study of the negro image in mass communication*, na University of Wisconsin. Como o próprio Bloom relata, esses eram os temas com os quais ele mais se identificava, e como escreve: *De um lado, eu necessitava objetivar e conseguir alguma compreensão das qualidades universais de ser judeu no terrível contexto da Alemanha hitlerista e dar base às emoções de minha viagem pela Palestina em 1947. De outro lado, eu estava certo que, de alguma forma, a ciência social podia explicar-nos o que a mass media estava fazendo com a sociedade* (Bloom, 1990). Confessa que essas questões influenciaram fortemente seu trabalho subsequente e que ele estruturava o seu pensamento muito mais como um psicólogo social do que como um sociólogo. Para esse sociólogo, *Valores e atitudes determinavam o comportamento individual, eu pensava, e apesar da forte ênfase da teoria sociológica clássica, em meu treinamento de graduação, eu não entendia realmente a estrutura social. O produto final da minha tese de doutoramento foi a análise de um caso institucional de uma pequena escola liberal* (Bloom, 1990). Nesse sentido, *Eu estava interessado na influencia relativa da predisposição dos valores individuais e das normas comunitárias fortemente dominantes*. Bloom assinala que, mais tarde, iria perceber que o plano da tese permaneceu com ele por um longo período, marcando a sua preocupação com o processo de socialização do adulto.

Embora a preocupação com as questões da sociologia médica acentue-se após a realização das teses, desde os anos 50 Bloom junta-se ao grupo que seria condutor das primeiras experiências com a ciência social no campo da medicina, tais como August Hollingshead (Yale Uni-

versity), Donald Young (Russel Sage Foundation) e George Reader (Columbia University). Inicia o seu contato quando se juntou ao Columbia Bureau of Applied Social Research, como pesquisador, realizando observações participantes e entrevistas com estudantes de medicina. Inseguro, ainda, em relação a participar de uma nova área da sociologia, pois receava perder a identidade de sociólogo, mesmo ainda como um calouro no campo e ser absorvido pela medicina. Nesse sentido, o auxílio dos mais velhos, acima citados, ajudou-o a vencer estas impressões. Para tentar superar essas preocupações, dedica-se a conhecer a história da sociologia e da medicina e à leitura de obras de ficção literária nas quais médicos estavam presentes (Chekhov, Ibsen, Shaw). Ainda na metade dos anos 50, participará da criação do Committee of Medical Sociology, do qual será o secretário-tesoureiro, sucedendo Robert Strauss, e que será, mais tarde, denominado The Medical Sociology Section, da American Sociological Association, a partir de 1959. Bloom irá acompanhar todo o processo de desenvolvimento da sociologia médica e da sua institucionalização, que irá se completar no início dos anos 60. Nesse momento, já havia uma demanda organizada para o ensino e a pesquisa, associações profissionais, periódicos destinados ao campo (o *Journal of Health and Human Behavior*, posteriormente denominado *Journal of Health and Social Behavior*, primeiro periódico nos tempos modernos dedicado exclusivamente à sociologia médica criado em 1962) e fundos eram destinados a investigações. Nesse clima é que Bloom elaborou uma das mais destacadas contribuições ao campo, sempre marcado pela sua independência e liberdade, mas profundamente engajado nas causas sociais e educacionais.

Hoje, Bloom é professor de sociologia e medicina comunitária na Escola de Medicina de Mount Sinai, em Nova York e professor emérito de sociologia, na City University of New York Graduate Center. Foi distinguido com o Reeder Award como sociólogo médico, em 1989, e o Certificate of Appreciation for a Career of Distinguished Service, em 1997, tendo sido membro da Robert Wood Johnson Commission on Medical Education, 1990-1992.

The doctor and his patient

Este livro é o resultado da experiência do autor com um curso iniciado em 1956 e desenvolvido

durante cinco anos no Baylor University College of Medicine, com o objetivo de introduzir as ciências do comportamento humano, particularmente a psicologia experimental, a sociologia, a antropologia e a psicologia evolutiva e do desenvolvimento, para estudantes do primeiro ano do curso médico. O curso foi ministrado no Departamento de Psiquiatria e Bloom foi encarregado da introdução dos conceitos sociológicos. Como ponto de partida foi estabelecido que os materiais ilustrativos do curso deveriam ser selecionados de problemas médicos. Foi escolhido como início do ensino intensivo o relacionamento médico-paciente.

Todas as citações e trechos deste livro de Bloom foram retiradas da tradução integral do texto, não publicada, feita por Everardo Duarte Nunes e Ruth Lavra, da edição de 1963.

Textualmente, Bloom (1963) escreve: *O método que escolhemos foi usar o relacionamento médico-paciente como o tema unificador de uma sociologia da medicina. Isto parecia apropriado para que a educação médica convidasse o sociólogo a compartilhar de sua tarefa, pois, de um lado, este fato estava além de um novo conhecimento da psicologia social do relacionamento médico-paciente; e, do ponto de vista do estudante, constitui um assunto altamente relevante para o teste desse tipo de conhecimento.*

Para atingir essa dimensão, o autor elabora, na primeira parte do livro, um esquema de referência, partindo do estudo de um caso, que se assenta numa discussão prévia entre a relação arte e ciência. Para Bloom, existe um corpo de conhecimento que está disponível e suficiente para orientar os seres humanos a fim de que as relações sejam mais racionais e efetivas. Situa a questão lembrando que o primeiro passo da ciência é eliminar julgamentos de valores e que *uma ciência do comportamento humano precisa estar baseada na descrição do comportamento humano não como queremos que seja, mas como é.* Trabalhando com a trajetória histórica da medicina e projetando para o campo das ciências sociais, afirma: *Quando se considera que as concepções pré-científicas da física e da biologia foram resistentes à aplicação do método científico, é talvez compreensível porque não é fácil para o homem, mesmo hoje, sujeitar seu próprio comportamento social ao escrutínio inflexível da investigação científica.* No caso da medicina, é exemplificado no fato de se julgar os pacientes em bases moralistas, ou seja, médicos e enfermeiras vêem o paciente não como eles são, mas como “bons” pacientes deveriam comportar-se. Ao propor o

seu encaminhamento ao tema, Bloom não pretende eliminar valores a partir do relacionamento médico-paciente, mas *apreender a respeito dos valores, como são adquiridos e, então, usados na estruturação das relações sociais. Vamos analisar alguns dos valores padronizados que definem a situação entre o médico e o paciente. Mostraremos como esse padrão, ainda que esteja apenas nas mentes dos participantes, tem todas as propriedades da morfologia. Os valores são os blocos da construção da estrutura social. Se pudermos descrevê-los, bem como suas origens culturais e seguir adiante com essa evidência sobre como orientam o processo dinâmico da interação humana, estaremos ao menos iniciando-nos em direção a uma ciência social da medicina.*

Como fazer emergir esta complexa rede de relações? Para isso, o autor lança mão de um caso ilustrativo – o da sra. Tomasetti. Vamos desvendar o personagem e sua história, ou, na linguagem médica, o caso clínico. Paciente de 55 anos, imigrante do sul da Itália, chegou nos Estados Unidos na adolescência. Sua presente admissão hospitalar foi uma urgência diagnosticada como deficiência cardíaca congestiva, associada a diabetes *mellitus*, que a paciente apresenta há alguns anos. Há tempos vem recebendo tratamento na clínica e *não há mistério sobre a sua condição física, ou as exigências para a orientação da sua doença. Tolerava bem a insulina que necessita, e é fiel em tomar a medicação. No entanto, uma importante exigência adicional em seu tipo de diabetes é que siga uma dieta cuidadosamente controlada, onde carboidratos e gorduras sejam ingeridos parcimoniosamente.* Exatamente o que ela não vem fazendo, para espanto do médico residente que a atende em uma das crises. Como ela diz: *sei que o senhor me disse para não comer esses alimentos, mas havia gente em casa, velhos amigos, e bem, pensei, seria apenas uma vez.* Sempre que voltava, a sra. Tomasetti parecia aceitar as recomendações e concordava em cooperar, porém não executava as ordens médicas depois que deixava o hospital. Foi nesse momento que ocorreu uma mudança no caso. Como parte de um programa de ensino experimental, ela foi colocada sob os cuidados de um estudante do quarto ano de medicina, com a supervisão dos médicos e dos residentes que a deveriam atendê-la no ambulatório. Três meses depois, e tendo realizado inúmeras visitas ao ambulatório, sendo que o estudante visitou-a em sua casa algumas vezes, o caso foi reapresentado. A sra. Tomasetti vinha mantendo bem a medicação e a dieta, reduzindo suas visitas à clínica e estava possuía por um

sentimento de confiança em relação ao seu problema. A pergunta feita era: “O que aconteceu para mudar a direção deste caso?” Muitas dimensões foram levantadas. As descobertas físicas não tinham mudado; o diagnóstico era inquestionável; a orientação médica era segura. Discutiram-se os aspectos psicológicos. Em sua história, a paciente não demonstrara qualquer evidência de ansiedade psíquica. Não tinha problemas familiares e era *aparentemente feliz no casamento. Com filhos adultos e netos, ela continuava a manter um papel central de importância em sua família; a família extensa, típica de seu background europeu, vinha sendo mantida.* Nesse momento, *a discussão, assim, voltou-se para os aspectos sociológicos do caso. O que se passava na interação entre a paciente e seus médicos? Aqui, foi observado, ocorrera a única mudança conhecida que poderia explicar o curso do comportamento da paciente. Isto é, seu médico tinha sido mudado.* O primeiro médico era cordial e explicava o problema em termos diretos e simplificados e, quando isso não se mostrou adequado, apelou para a sua razão e, a seguir, deu ênfase ao perigo de vida que corria. Finalmente, experimentou ameaças, lisonjas e apelou para o bom senso, e chegou à conclusão de que a sra. Tomasetti estava na categoria dos “pacientes não cooperadores”, os “pacientes-problema”, com os quais nada poderia ser feito. Mas não foi o que aconteceu. Agora, a paciente estava mudando.

Em sua narrativa, Bloom introduz, nesse momento, algumas considerações sobre as implicações comportamentais da doença, em especial sobre a questão de que o paciente deve ser ativo e participar com o seu médico no tratamento. Lembra, ainda, um estudo clássico sobre o relacionamento médico-paciente escrito por Szasz e Hollender (1957), onde são descritos três modelos de relacionamento, com base nos sintomas orgânicos da doença: a) atividade-passividade, b) orientação-cooperação e c) participação mútua. No primeiro modelo, o médico é ativo e o paciente é passivo, sendo apropriado nos casos de emergências (ferimentos graves, coma, delírio, etc.). O paciente está mais ou menos completamente dependente e o médico faz alguma coisa por ele, sem contar com a contribuição do paciente. É um relacionamento similar ao do pai com seu filho indefeso. O segundo modelo aplica-se às desordens mais agudas e especialmente de tipo infeccioso. O paciente está consciente do que sucede e é capaz de seguir as orientações dadas e exercer algum julgamento. É um relacionamento similar ao pai-criança (ou adolescente). O

terceiro modelo é útil para a orientação de doenças crônicas, quando o médico “ajuda o paciente a ajudar-se”. Dificilmente é adequado a crianças ou deficientes mentais. O protótipo é o relacionamento de adulto para adulto, possuindo um o conhecimento especializado de que o outro necessita.

Em relação ao caso estudado, parece que no primeiro tratamento o modelo foi orientação-cooperação, mas carregado de julgamentos morais, ou seja, via a sra. Tomasetti como uma paciente “má”, embora a medicação dada tenha sido seguida, o que não acontecia com a dieta. No relato do caso, Bloom situa que o *background* cultural da sra. Tomasetti foi bastante citado: a valorização da comida, “como símbolo de saúde e felicidade”, o que impedia a paciente de seguir uma dieta restritiva. Nesse sentido, os valores médicos e os da cultura de origem se antagonizam. Bloom destaca que não se trata simplesmente de tomar a cultura como um fator determinante, ainda que útil, mas especificar a sua influência. Para isso, o autor detalha como foi a atuação do estudante médico e passou, além de elaborar uma história detalhada da paciente, a observar a família – marido, filhos, genros, noras e netos e os hábitos familiares. Além disso, estimulou a paciente a falar sobre si própria e seus fracassos em seguir a dieta. Nesse momento, uma assistente social passou a fazer parte da equipe e, junto com o médico, revisaram o caso, quando resolveram introduzir a família mais ativamente no problema. Assim, pensaram que a responsabilidade da sra. Tomasetti seria compartilhada por outros membros da família. Também passou a fazer parte da equipe uma enfermeira de saúde pública, para orientações dietéticas. O médico visitou a família da filha mais velha, que aceitou as recomendações, mas que a sra. Tomasetti não renunciaria a sua posição de matrona da família. A decisão foi que a paciente não estivesse sozinha nas responsabilidades da cozinha.

As reações ao caso foram diversas. Admiração pela engenhosidade do trabalho, mas, ao mesmo tempo, interrogando se as atividades do médico não tinham sido ultrapassadas, ou seja, poderiam ser feitas por outros profissionais. Chegaram a conclusão de que a *responsabilidade do médico incluía o esforço de compreender tudo aquilo que contribuiu para o bem-estar do paciente*. Mas a questão básica era “o que mudou o curso da doença da sra. Tomasetti?”. Ao ir em busca da dinâmica fundamental do caso, Bloom oferece um elaborado esquema de referência. O seu ponto de partida é que o estudante de medi-

cina além dos instrumentos diagnósticos mais consagrados, utilizou *seus olhos e ouvidos para examinar todos os detalhes do comportamento pessoal da família que poderiam influenciar no problema da saúde*. E como escreve: *não há mágica na aceitação da relevância das variáveis emocionais e sociais da doença, a menos que se possa continuar a compreender a significação diferencial dos fatos que serão observados a respeito dessas variáveis*. Dentro do quadro conceitual, Bloom inicia a discussão com o conceito de sistema e grupo humano. Assim, o primeiro médico e a sra. Tomasetti constituíram um primeiro grupo humano, que pode ser concebido como um sistema social; quando desistiu do caso, um novo grupo foi formado entre a paciente e o médico estudante. A família da paciente é outro grupo. Como escreve o autor, *tanto a dinâmica intra-grupal como as relações inter-grupais dessas três entidades sociais precisam ser estudadas para se obter uma visão completa do curso real da doença da sra. Tomasetti*.

Neste ponto é interessante notar como o próprio Bloom desenvolve seu plano de trabalho, adotando a seguinte perspectiva: *que a arte da medicina pode ser traduzida em importantes aspectos, como uma ciência social da medicina, e que em troca providencia a base real de uma habilidade em relações humanas, que pode ser ensinada como parte da educação médica*.

No capítulo 2, “A abordagem conceitual”, Bloom desenvolve os conceitos que são as bases da teoria da interação social e que se integram num esquema de referência unificado para o estudo do relacionamento médico-paciente.

No primeiro modelo de interação, o relacionamento aparece concebido como uma interação essencialmente limitada a duas pessoas, cujos elementos principais do relacionamento estão limitados a dois: as personalidades dos participantes dos quais depende o “*rapport*” e a habilidade do médico como um “cientista médico”. Lembra o autor a similaridade dessa visão às primeiras concepções dos psicólogos sobre a percepção, ou seja, às interpretações da percepção limitadas às propriedades do estímulo-resposta. As deficiências dessa interpretação seriam demonstradas pelos estudos da Gestalt, pois a percepção precisa ser interpretada de acordo com o campo em que existem o estímulo e a resposta. Ressalta a importância do campo para a interação médico-paciente, na qual as condições psicossociais são fundamentais. Prosseguindo a sua colocação, após desenvolver de forma detalhada alguns experimentos da psicologia social, Bloom

escreve: *é óbvio que se precisa calcular mais do que o rapport e a habilidade, a fim de se compreender os processos de interação. Precisa-se ver o médico e o paciente dentro de um "campo" cujos elementos incluem mais do que "personalidade" e habilidade técnica.*

Em um segundo passo, Bloom sugere que a representação do relacionamento médico-paciente poderia ser expandida, a fim de incluir três elementos ao invés de somente dois. Estes incluem a partir do ponto de vista do médico: as predisposições individuais do médico; os padrões de comportamento profissional que foram internalizados pelo médico; o complexo de estímulo específico oferecido pelo paciente, percebido como um "problema médico". Bloom estabelece o seguinte raciocínio em relação a este esquema *que visa tanto acrescentar como subtrair algo do esquema anterior. Retiramos a suposição de que o médico, funcionando num campo de forças semelhante ao demonstrado no esquema anterior, atua, primariamente, como um profissional racional, escolhendo de seu equipamento de conhecimentos e habilidades profissionais aquilo que está mais adequado aos problemas de seu paciente. Em lugar desta suposição, afirma-se que os atributos pessoais que o médico traz à situação determinam inconscientemente muito do que ele perceberá e fará. Estes atributos subjetivos não são necessariamente adaptáveis às exigências racionais da situação. Similarmente, as normas sociais neste caso dos padrões e valores profissionais que influenciam o comportamento do médico, podem ou não se enquadrar às exigências racionais da situação.*

O autor faz considerações sobre os motivos racionais que dominam a cultura norte-americana, mas, quando a doença é de gravidade ou incerteza, o paciente não se inclina de fato a pensar ou agir racionalmente. Tanto o médico como o paciente são movidos por atributos subjetivos e se o primeiro tem seu comportamento orientado pelo fato de ser membro da profissão médica, também o paciente tem seu papel modificado pelo fato de ser membro de instituições sociais selecionadas, especialmente a família. Ambos refletem as correntes que predominam na cultura que tem impacto importante sobre as funções sociais e, assim, a própria família não é uma unidade independente, mas parte da "matriz sociocultural". Dessa forma, o esquema, agora, é acrescido do grupo que mais de perto exerce suas influências sobre o paciente, ou seja, a família, e que sofre as determinações de todos os processos de transformação da sociedade.

Dessa forma, rejeita-se a visão limitada com base no racional e individual, estabelecendo que a situação total é que fundamenta o relacionamento. Nesse sentido, Bloom passa a desenvolver os conceitos que embasam a compreensão do relacionamento: cultura, papel social e sistema.

Bloom encontrou em alguns autores dos anos 50 a base teórica para o seu trabalho e adotou o modelo de sistema social para estudo do relacionamento médico-paciente. Dentre esses teóricos, cita Spiegel (1954), que, como psicanalista, via o modelo do sistema como tendo um papel dinâmico para explicar o fenômeno da transferência, no que denomina de análise transacional; Kluckhohn (1950, 1958), antropóloga, explicava a cultura como uma variável crítica do sistema social e Bales (1950), psicólogo social que havia trabalhado com a análise dos pequeno grupo. Como expressa Bloom (1978) *foi colocando essas idéias junto com as de Parsons (1951) que elaborei um modelo para explicar o relacionamento médico-paciente.*

Bloom (1963) detalha os conceitos básicos de seu esquema, que apanhamos de forma resumida. Assim, cada cultura específica, na acepção de Kluckhohn, *constitui uma espécie de heliogravura para todas as atividades da vida*, o que Bloom completa com as colocações de Robin M. Williams Jr., da cultura como prescrições relativamente padronizadas do que precisa ser feito, deve ser feito, deveria ser feito, e não precisa ser feito. Nesse sentido, o significado de norma torna-se importante, pois ela se refere a uma prescrição ou proscricção específica do curso que uma ação deveria, ou supõe-se, seguir numa determinada situação. A partir do conceito de norma, o autor caminha em direção ao de instituições sociais, que, tecnicamente pode ser entendida como um conjunto de normas, além de se referirem a tipos definidos de grupos sociais (família, escola, igreja, etc.).

Bloom (1963) enfatiza a questão das diversas instituições sociais, incluindo a medicina, indo buscar no clássico trabalho do antropólogo e médico britânico Rivers (1924) a sua concepção de que *a medicina é uma instituição social. Compreende um conjunto de crenças e práticas que somente se tornam possíveis quando mantidas e efetuadas por membros de uma sociedade organizada, entre os quais apareceu um alto grau de divisão do trabalho e especialização da função social. Quaisquer princípios e métodos considerados de valor no estudo de instituições sociais em geral não podem ser ignorados pelo historiador da medicina.*

Bloom prossegue, dizendo: *Por isso, da cultura desenvolvem-se as normas institucionais que prescrevem o comportamento na doença. Em toda sociedade, os padrões de expectativa de comportamento estruturam papéis sociais definidos, associados ao curador e ao doente. Através da cultura, estes papéis persistem e são transmitidos de geração a geração.*

Nesse momento, o autor irá desenvolver um dos conceitos básicos no esquema de referência – o de papel social.

O papel social é um padrão de comportamento esperado. Tais padrões são regulados por normas culturais ou regras de comportamento, e organizados em direitos e obrigações que têm aceitação geral dentro de um grupo. Usaremos o termo de duas maneiras distintas: (1) como referência a padrões “normativos” de expectativa, baseados no sistema cultural, e (2) para descrever o comportamento que é padronizado dentro de grupos de pequena hierarquia e baseados na experiência efetiva do grupo. O significado anterior é o mais comum e é explicado nesse ponto; o último será discutido posteriormente.

É evidente que esse conceito aplica-se ao médico e ao paciente e ao papel; seguindo a tradição de Ralph Linton, o autor lembra que o papel está sempre associado a um *status* ao qual é inerente uma série de direitos e deveres.

Bloom (1963) encaminha-se, então, para a discussão do conceito de sistema social que resgata dos trabalhos de Lawrence J. Henderson, um médico que se interessou pela sociologia, após ter feito importantes contribuições à química biológica sobre o equilíbrio ácido-básico. Com base na síntese dos sistemas fisiológicos, Henderson formulou os conceitos de equilíbrios sociais. Para esse estudioso, qualquer sistema é concebido como um todo unificado, composto de partes interdependentes; sendo que o que o estrutura são os padrões de relações. Essas são idéias centrais ao enfoque no caso da sra. Tomasetti, como já especificado em outros momentos deste relato, e, como escreve Bloom (1963): *De acordo com a teoria do sistema, a sra. Tomasetti e seu médico não são simplesmente dois únicos indivíduos humanos, espontaneamente interagindo juntos. Cada um desempenha um papel social, mais particularmente, o papel de paciente, de um lado, e o papel de médico, de outro.*

Ao fazer nova análise das relações estabelecidas, Bloom (1963) aponta que, no caso do contato com o primeiro médico, desenvolveu-se o que se denomina desarmonia, ou, em termos da teoria do sistema, é um grupo que está fora do

equilíbrio, a complementaridade das relações foi rompida. Os esforços do médico para restabelecer o equilíbrio não funcionaram. Já Henderson (1935) mostrara que a totalidade das reações (sentimentos) dos pacientes freqüentemente não é calculada pelo médico, mais preocupado com a dimensão técnica de seu trabalho. Bloom (1963) substitui os “sentimentos” de Henderson por formulações sociológicas que centralizam *status* e papel como unidades do sistema social.

Na parte 2, denominada “Papéis sociais e seu conteúdo institucional”, Bloom desenvolve amplamente em três capítulos: “A profissão médica: uma discussão histórica da organização social da medicina moderna”, “O papel do paciente”, e “A família”.

Não iremos tratar em detalhes toda essa parte, mas destacar pontos que julgamos relevantes. De um modo geral, a proposta é compreender a *medicina como uma instituição social e seu status como uma “profissão”*. Para isso, irá descrever a medicina de acordo com os significados especiais que têm sido atribuídos a uma profissão e de como a medicina está inserida na cultura. Inclui nisso a discussão do processo de profissionalização. Recupera estudos sobre a medicina como uma instituição social primordial em diversas culturas: entre os índios Cheyenne (que se preocupam pouco com a doença), ao contrário dos Navajos; a medicina da sociedade Dobu, também impregnada pelos encantamentos que causam doenças; e a medicina moderna. Trabalha com o conceito de profissão para chegar a caracterizar a profissão médica – o seu extenso treinamento e a sua orientação para servir à comunidade, como suas marcas fundamentais. Passa então, a analisar o papel do médico, fazendo uma distinção que acompanharia todo o percurso de muitos estudos – o médico trata e a enfermeira cuida – que, segundo Bloom, já na época em que escreveu, estava mudando, pois o cuidado estaria se centrando no hospital e na equipe, exigindo da própria enfermeira um papel mais técnico. Traz à tona como Parsons (1951) tratou o papel do médico – ser funcionalmente específico, neutro afetivamente, orientado para a comunidade e sujeitar-se às regras universais da profissão.

Ao encerrar este capítulo, o autor salienta que *a medicina, como uma das principais instituições sociais da sociedade, não é em parte nenhuma independente, nem segue suas próprias motivações. Além disso, a unidade sociológica significativa... não é a instituição... mas a configuração cultural e seu caráter e dinamismo dependem*

do padrão cultural do qual é parte (Bloom, 1963).

Com base em clássico do estudo do paciente, como Sigerist [1929] (1960), Parsons (1951), Koos (1954) e outros, Bloom irá abordar em um capítulo “O papel do paciente”. Para tanto, encaminha o seu texto a partir da definição de doença através das culturas: os Kuba de Sumatra, os Huteritas, que professam uma seita anabatista, os habitantes da planície de Plairie Town; acrescenta à discussão as diferenças sub-culturais que afetam grupos, classes sociais, e as diferenças de gênero, dando destaque ao trabalho de Koos (1954) realizado em Regionville, mostrando os diferentes significados atribuídos aos sintomas de acordo com a inserção das pessoas em diferentes classes sociais. Em relação ao papel do doente, o destaque é o estudo de Parsons (1951), cujos atributos são os seguintes: isenção do desempenho das obrigações sociais normais, isenção de responsabilidade pelo próprio estado – que são privilégios desse papel –, e ser motivado a se curar o mais rápido possível e procurar auxílio tecnicamente competente – que são deveres ou obrigações do papel. Assinala que o papel varia em relação ao sexo, ao tipo de doença, à idade e à situação social.

Tendo incluído a família no esquema do relacionamento médico-paciente como de fundamental importância, a ela Bloom irá dedicar um capítulo especial. Analisa a família americana moderna – sua forma e origens, o problema da doença na família, mas especialmente a família como “campo” do papel do paciente. Chama a atenção para o tipo de família característico da classe média urbana americana e, lembre-se, dos anos 50 e 60, salientando os papéis reservados ao pai e à mãe, filho e filha, irmão e irmã, e que embora apresente um caráter modal, sofre variações em seu padrão de acordo com fatores éticos e de classe.

Ao encerrar essa parte do livro, Bloom (1963) salienta que não se pode excluir do estudo o hospital como a principal instituição social da medicina moderna. Aqui, também, na 3ª parte do livro, “O hospital como uma instituição social”, o autor desenvolve, como ele próprio escreve, uma análise “telescópica” das “origens do templo da ciência médica”, as relações entre o hospital e a profissão médica, as funções do hospital. Escreve que *O hospital moderno não é realmente um tipo de instituição: é um complexo de tipos* (Bloom, 1963). Trata em outros dois capítulos do hospital geral e de como a sociologia tem contribuído para a compreensão do hospital mental. Não iremos detalhar as importantes contribuições tra-

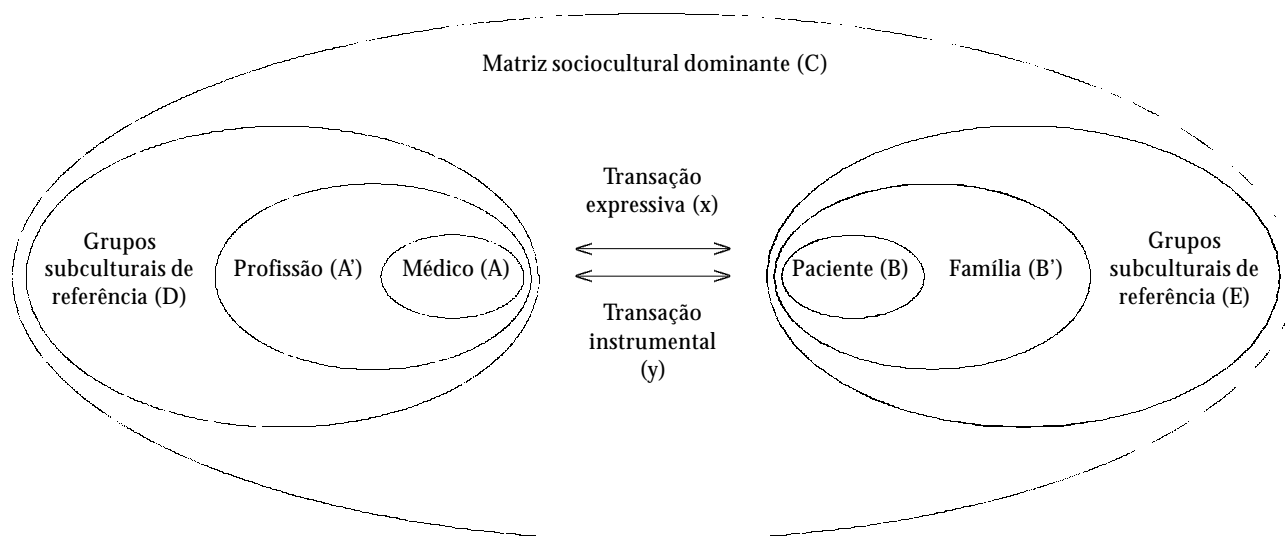
zadas por Bloom para esses temas, que seriam ampliados nas décadas seguintes à publicação do seu livro. Já no capítulo que trata das contribuições sociológicas ao estudo dos hospitais, Bloom lembra que esses estudos tornam-se presentes a partir da Segunda Guerra Mundial. Destaca que alguns pontos, como a questão da comunicação (abordagem das relações humanas), da duplicidade (em relação à estrutura de poder) e da re-motivação (com base na teoria dos valores) já estavam sendo vistos pelos estudiosos. De forma geral, servem para destacar o papel do ambiente social do hospital mental sobre seus pacientes. Sem dúvida, muitas dessas idéias têm valor histórico e mostram a trajetória por que passou a institucionalização do cuidado (no caso do doente mental) e que rumaria para uma completa reformulação com o processo de desospitalização.

Voltemos, neste momento, quando o autor escreve a 4ª parte do seu livro, ao “Esquema de referência em ação” e à nossa personagem central – a sra. Tomasetti. Havíamos parado quando o relacionamento médico-paciente era visualizado como um sistema social que agora ele retoma como parte de um contexto integral. Nas palavras do autor (Bloom, 1963): *nosso esboço, pode ser redesenhado, como mostra a figura 1 [Figura 1]. Graficamente, isto representa o médico e o paciente, atuando em seus respectivos papéis (A e B) num sistema transacional (x + y). O ambiente externo do relacionamento está contido dentro desses quatro elementos, A+B, e x+y; entretanto a interpretação dos papéis A e B está dependente, no início, de uma série de forças sociais. Para o médico, a principal fonte de referência para seu comportamento como médico é a profissão médica (A’); para o paciente, é sua família (B’). No entanto, A e B’ estão fundamentados na cultura dominante (C), e juntos, esses três (A’+ B’ +C) formam o ambiente externo integral onde o próprio grupo (A+B) existe; subdivisões mais detalhadas do fator cultural são incluídas como “grupos sub-culturais de referência”. Esses referem-se a fatores tais como: classe, raça, religião e etnia, que funcionam em casos particulares como fontes significativas de valor de orientação, tanto para o médico, como para seu paciente.*

O hospital não está incluído no esboço, porém pode-se facilmente visualizar sua colocação como instituição principal da matriz sociocultural dominante, englobando todas as classes de indivíduos aqui mostrados, e acrescentando a equipe hospitalar.

Com essas análises, Bloom encerra o seu li-

Figura 1
O Sistema Transacional Total



Reproduzido de Bloom, S.W. *The doctor and his patient; a sociological interpretation*. Russell Sage Foundation, Nova York.

vro e o seu modelo, que, segundo ele, pretendeu não desviar ou substituir as contribuições de outras disciplinas, mas uni-las na tarefa comum de buscar conhecimento mais profundo e completo e, dessa forma, servir mais efetivamente naquelas situações de necessidades imediata e prática, como a doença, onde todas as habilidades possíveis precisam ser reunidas para auxiliar a humanidade em seus problemas.

Sem dúvida, o arcabouço sociológico e a lógica da formulação e da análise concorreram para que o caso da sra. Tomasetti pudesse ser melhor compreendido e as ações empreendidas tivesse efeito positivo. Assim, o papel do médico deixa de ser instrumental para ser expressivo, como, também, dentro de um sistema transacional atingir seu objetivo terapêutico, indo em busca do conteúdo implícito do comportamento da paciente e, dessa forma, aumentando seu poder de usar os elementos psicossociais da situação. Como diz Bloom (1963), nesse caso, o médico é capaz de utilizar o relacionamento médico-paciente como o principal instrumento de terapia. Por sua vez, a sra. Tomasetti não estava, quando da relação com o primeiro médico, preparada para enfrentar a doença dentro da visão racional-científica do médico, os significados de doença e saúde eram diferentes. E se, no nível manifesto e

consciente, desejasse cooperar, motivos profundamente estabelecidos impediam sua cooperação.

Comentários

Ao escrever o seu livro em 1963, Bloom seguia uma tradição dos primeiros estudos sociológicos que se dedicaram ao relacionamento médico-paciente, como os trabalhos de McIntire (1894), Sigerist (1929), Henderson (1935), Parsons (1951), García (1963) e que foram revisitados por Nunes (1999). O próprio Bloom, escrevendo em 1976 sobre o tema, diria: *De acordo com o modelo do sistema social, especialmente como apresentado por Henderson e Parsons, o comportamento dos médicos e seus pacientes era governado e essencialmente determinado pelas expectativas normativas de sua sociedade. Nessas primeiras teorias do relacionamento médico-paciente, o principal pressuposto era que os caminhos para este relacionamento eram essencialmente voluntaristas, isto é, a decisão do paciente procurar cuidado e a escolha de quem ele deveria consultar era um assunto de escolha individual. Isto era visto como uma consequência direta da nossa cultura, refletindo muitos dos seus princi-*

pais valores de orientação: individualismo, orientação frente o futuro (i.e. disposição para pospor gratificação por recompensas futuras), e a crença no domínio do homem sobre a natureza. Certamente, reconhecia-se que a escolha individual podia ser influenciada e modificada por forças externas. Entre tais influências sobre o comportamento na doença estavam o nível socioeconômico e a cultura. Apesar disso, assumia-se que o paciente individual era quem tomava a decisão (Bloom e Summey, 1978).

O texto prossegue, evidenciando que: *Na base do modelo do sistema social, entretanto, estavam as motivações do médico e do paciente como indivíduos. A teoria resultante era mais sócio-psicológica do que estrutural. Isto tornou-se foco para o ataque sobre o modelo de sistema pelos deterministas estruturais. Como eu tenho reconstruído, o debate foi conduzido e extremamente intensificado na tradição da história das idéias. Os funcionalistas foram desafiados sobre as falhas de sua teoria e pelo tipo de dados que negligenciaram. O assunto era: O que é mais verdadeiro – o paradigma do sistema funcionalmente integrado, ou o paradigma do conflito estruturalmente determinado?* (Bloom e Summey, 1978).

Nesse ponto da análise, a questão colocada pelos autores era a de que o entendimento do relacionamento médico-paciente deveria tomar como central duas questões: “Qual é a estrutura da situação na qual médico e paciente encontram-se?” e “Qual é a realidade cambiante dessa situação?”

Interessante observar que, embora o esquema de referência de Bloom não fosse estrutural no sentido que os autores dos anos 70 dariam ao estudo do relacionamento médico-paciente, tais como Navarro (1976) e Waitzkin (1979), a sua abordagem nos idos de 1960 já pressupunha situar como “campo” desse relacionamento uma matriz sociocultural dominante. Para Bloom e Summey (1978) *das concepções originais de Henderson, as premissas principais permaneceram as mesmas: as relações sociais têm um padrão baseado em expectativas culturais e mantido por processos funcionais homeostáticos inerentes a todos os sistemas.* Como analisam os autores, este modelo seria desafiado, no final dos anos 50 e início dos 60, por muitos estudiosos, dentre eles Freidson (1961), quando critica o modelo parsoniano, que, segundo ele, apresentaria as seguintes falhas: 1) tomar, essencialmente, como ponto de partida no relacionamento a perspectiva do médico e não considerar a diversidade de expectativas do *role-set*, como família, enfermeiras e

outras pessoas; 2) as expectativas são apresentadas como se elas fossem a influência primária sobre o comportamento real; elas são somente um padrão “ideal”, contra o qual o comportamento real é julgado; 3) a influência não é inerente à expectativa, mas à posição da pessoa que a possui. Somente a partir da estrutura da situação e dos limites impostos pela situação pode alguém ponderar a possibilidade de uma expectativa ser encontrada; 4) acima de tudo, o modelo funcional ignora a “necessidade de conflito nas relações humanas”. Conflito existe porque cada parte, o profissional e o paciente, procura garantir suas posições quando se enfrentam. Freidson irá desenvolver todo um esquema para o estudo do relacionamento articulando a “teoria do rótulo” de Thomas Szasz, Scheff e Goffman e introduzindo o conflito entre grupos como elemento importante para as análises. Para ele, em resumo: o relacionamento médico-paciente representa *o encontro de dois sistemas sociais distintos, e não um sistema em si próprio funcionalmente contido, homeostático* (Bloom e Summey, 1978).

Já nos anos 70, a perspectiva de Bloom amplia-se em direção às profundas alterações que marcam os sistema de saúde: a dificuldade de livre-escolha de porção significativa da população e das possibilidades de acesso aos serviços, a presença dos planos de seguros, a expansão da burocratização da medicina, a perda de uma relação interpessoal médico-paciente, problemas de custos e ineficiência e a insatisfação dos consumidores.

Sem dúvida, o livro de Bloom, *The doctor and his patient*, permanece como um marco na história da sociologia da saúde e, com ele, o sociólogo dava início a uma sistemática produção, de amplo reconhecimento. Destaque-se, nesse sentido, os seus trabalhos sobre a sociologia da educação médica (Bloom, 1965), uma ampla e detalhada revisão desse campo até a metade dos anos 60; o estudo sobre a estrutura e ideologia na educação médica (Bloom, 1988), o estudo sobre os conflitos e busca de identidade de uma escola médica (Bloom 1971); a trajetória da sociologia no campo da educação médica, das suas origens até os anos 70 (Badgley e Bloom, 1973); as diversas análises da relação médico-paciente (Bloom e Wilson, 1973, Bloom, 1976) e o belíssimo estudo sobre a trajetória intelectual de Bernhard J. Stern, pioneiro da sociologia médica (Bloom, 1990).

Acrescente-se que a tentativa de construir modelos de ensino das ciências sociais iria ser uma busca de muitos estudiosos nos anos que se

seguiram ao trabalho de Bloom. Por exemplo, García (1971), adaptando o modelo da “história natural da doença” para o ensino das ciências sociais; o do modelo do “cuidado integral” como proposto por Reader e Soave (1976); o modelo da “carreira do paciente”, idealizado por McKinlay (1971) e o modelo “estrutural”, que, não tendo sido formalizado em termos de um modelo de ensino, retomou as discussões dos anos 70, na crítica ao funcionalismo quando a proposta macro-analítica é tomada como orientadora dos estudos das relações saúde/sociedade. Em realidade, a questão de partir de uma abordagem essencialmente médica, começando com os conceitos e

problemas médicos e relacionando-os com fatores sociais até chegar a uma discussão generalizada de conceitos sociológicos, e outra, partindo de um esquema sociológico, continuam a desafiar a “imaginação sociológica” daqueles que se dedicam ao ensino das ciências sociais em saúde (Nunes, 1978).

Referências bibliográficas

- Badgley RF 1973. Behavioral sciences and medical education: the case of sociology. *Social Science & Medicine* 7:927-941.
- Bales RF 1950. *Interaction process analysis*. Addison-Wely, Cambridge.
- Bloom SW 1963. *The doctor and his patient: a sociological interpretation*. Russell Sage Foundation, Nova York.
- Bloom SW 1965. The sociology of medical education: some comments on the state of a field. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 43:143-184.
- Bloom SW 1988. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *Journal of Health and Social Behavior* 29:294-306.
- Bloom SW 1990. Episodes in the institutionalization of medical sociology: a personal view. *Journal of Health and Social Behavior* 31:1-10.
- Bloom SW & Wilson RN 1972. Patient-practitioner relationships, pp. 315-399. In HE Freeman, S Levine & LG Reeder (eds.). *Handbook of medical sociology*. N.J Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bloom SW & Summey P 1978. Models of the doctor-patient relationship: a history of the social system concept, pp. 17-41. In EB Gallagher (ed.). *The doctor-patient relationship in the changing health scene*. Department of Health, Education, and Welfare (Publ. No (NIH) 87-183, Washington, DC.
- Freidson E 1961. *Patients' views of medical deviance*. Russell Sage Foundation, Nova York.
- García JC 1963. Sociología e medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente. *Cuadernos Médico Sociales* 4:11-16.
- García JC 1971. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud* 5:130-150.
- Henderson LJ 1935. The patient-physician as a social system. *New England Journal of Medicine* 212:819-823.
- Kluckhohn, FR 1950. Dominant and substitute profiles of cultural orientations: their significance for the analysis of social stratification. *Social Forces* 28:376-394.
- Kluckhohn FR 1958. Variations in the basic values of family systems. *Social Casework* 39:63-72.
- Koos E 1954. *The health of Regionville*. Columbia University Press, Nova York.
- Mcintire C 1894. The importance of the study of medical sociology. *New England Journal of Medicine* 211(18): 819-823.
- McKinlay JB 1971. The concept “patient career” as a heuristic device form making medical sociology relevant to medical student. *Social Science & Medicine* 5:441-460.
- Navarro V 1976. *Medicine under capitalism*. Croom Helm, Londres.
- Nunes ED 1978. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas: bases teóricas. *Revista de Saúde Pública* 12:506-515.
- Nunes ED 1999. *Sobre a sociologia da saúde*. Hucitec, Campinas.
- Parsons T 1951. *The social system*. The Free Press, Glencoe, Ill
- Reader GG & Soave R 1976. Comprehensive care revisited. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54:391-414.
- Rivers WHR 1924. *Medicine, magic and religion*. Harcourt, Brace & Co., Nova York.
- Sigerist HE [1929] 1960. The special position of the sick, pp. 9-22. In MI Roemer. *Henri E. Sigerist on the sociology of medicine*. MD Publications, Nova York.
- Spiegel JP 1954. The social role of doctor and patient in psychoanalysis and psychotherapy. *Psychiatry* 17: 369-376.
- Szasz TS & Hollender MH 1956. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Archives of Internal Medicine* 97:585-592.
- Waitzkin H 1979. Medicine, superstructure and micropolitics. *Social Science & Medicine* 13A:601-609.

Artigo apresentado em 12/10/2002

Aprovado em 21/10/2002

Versão final apresentada em 30/10/2002