
Jordana Gargioni Salmória¹
Wander Amaral Camargo²

**AS FORMAS DIFERENCIADAS
DOS DISCURSOS MÉDICOS**

RESUMO: O presente texto tem como objetivo demonstrar as características da Medicina como campo de conhecimento e como profissão, incluindo aqui os aspectos da relação médico-paciente, para a partir desse referencial tratar da ideologia presente nos discursos de seus profissionais. A Medicina e a doença enquanto campo ou área de conhecimento têm sua história marcada por crenças religiosas e por descobertas etiológicas diversificadas. Os estudos relacionados à Medicina Social surgem na busca da causalidade das doenças na vida e trabalho do homem, incorporando conceitos presentes nas Ciências Sociais. A introdução dessas Ciências à área da Saúde contribui para diferenciar as concepções de saúde e de doença nas classes sociais, além de aproximar os elementos presentes no encontro do médico com o paciente. A partir do século XX, as formas de produção dos profissionais da saúde modificaram-se, e a linguagem hoje utilizada nos discursos médicos revela as ideologias presentes na interação daqueles dois sujeitos. A possibilidade de considerar a profissão médica como um signo, carregado, portanto, de ideologia, revela a luta de classes e o reconhecimento do papel do médico e do paciente na interação verbal.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-paciente; Ideologia; Discursos.

Data de recebimento: 16/02/06. Data de aceite para publicação: 06/07/06.

¹ Fisioterapeuta Especialista em Saúde Pública. Aluna do Mestrado em Letras (Área de Concentração: Linguagem e Sociedade) na Unioeste - Campus de Cascavel. Endereço eletrônico: jordanasalmoria@ibestvip.com.br.

² Doutor em Sociologia. Docente do Mestrado em Letras (Área de Concentração: Linguagem e Sociedade) na Unioeste - Campus de Cascavel.

SUMMARY: The present text aims at demonstrating the characteristics of Medicine as a field of knowledge and as a profession, including here the aspects of the doctor-patient relationship. This is the starting point to discuss the ideology present in the medical speeches. Medicine and illness, as a field or area of knowledge, have their history marked by a diversity of religious beliefs and etiologic discoveries. The studies related to Social Medicine appear in the search of the illness's origin in man's life and work, incorporating concepts of Social Sciences. The introduction of these Sciences in the area of Health Care contributes to differentiate the conceptions of health and illness in the social classes; in addition, it ties the elements that are present when doctor and patient meet. Since the 20th century, the forms of production of the health professionals have been modified, and nowadays the language of medical speeches discloses ideologies present in the interaction of these two subjects. The possibility to consider the medical profession as a sign, and thus loaded of ideology, reveals the class conflict and the recognition of the doctor's and the patient's roles in the verbal interaction.

KEYWORDS: Doctor-patient relationship; Ideology; Speeches.

1. INTRODUÇÃO

O presente ensaio objetiva traçar um paralelo entre historiografia médica, Medicina e doença, e a partir daí apreender a linguagem e os discursos dos profissionais médicos como elementos reveladores de uma ideologia predominante. Assim, a Medicina e a doença, que a princípio estiveram limitadas às crenças religiosas, e posteriormente à realidade orgânica individual, foram revistas em análises sociológicas na sociedade contemporânea, contribuindo para definir o papel social do médico e do doente.

Ao fazermos uma conexão entre doença e linguagem, constatamos que a linguagem não é usada somente para veicular informações, ela ocupa a função de comunicar ao ouvinte a posição que o falante assume de fato ou acredita que ocupa na sociedade que em vive. Assim como a saúde e a doença, a produção lingüística adquire valor se realizada no contexto social e cultural apropriado, com regras que levam em conta as relações sociais entre o falante e o ouvinte. Dessa forma, as Ciências Sociais passam a ocupar espaço de grande importância no estudo da Medicina, no entendimento do processo saúde-doença. Isso ajuda a compreender como serão realizadas as mudanças nos atuais indicadores de saúde, marcados por altos índices de morbi-mortalidade no país em que vivemos.

Historicamente, a assistência sanitária deficiente nos períodos de mudanças nas formas de vida dos homens contribuiu para o surgimento de epidemias de difícil controle, em que foi determinante o conhecimento insuficiente sobre as causas das doenças. A Medicina originou-se devido à necessidade de assistência a esses doentes, sendo sua prática iniciada por sacerdotes e barbeiros, para posteriormente dar lugar ao profissional médico.

Hoje em dia, a doença é definida socialmente, aparecendo em função das exigências e das expectativas ligadas ao ambiente em que vive o indivíduo ou comunidade, ou em função das inserções e relações familiares e/ou profissionais. Na sociedade capitalista, a saúde ou a doença são valores sociais importantes, pois as pessoas não portadoras de doenças são valorizadas e consideradas aptas a executarem determinadas ocupações laborais.

Atualmente, o conjunto dos profissionais médicos detém uma posição de destaque e seus discursos são ideológicos e dominantes na proporção em que cada vez mais são portadores de um conhecimento tecnológico mais avançado. Para a manutenção desse status quo, os Conselhos Médicos, bem como o Código de Ética Médica, são alguns dos elementos que fazem com que a maioria de seus membros se portem conforme regras pré-estabelecidas, fundadas no contexto sócio-histórico da profissão.

O objetivo do presente ensaio não será fazer uma distinção entre os saberes e práticas médicas e dos demais profissionais da saúde, e sim de explicar sobre aquela prática profissional de saúde que originou as demais, desvelando os elementos ideológicos da área expressados através da linguagem e dos discursos dos profissionais.

2. O SURGIMENTO DAS DOENÇAS E DA MEDICINA

Registros paleontológicos demonstram que a maioria das doenças orgânicas e microbianas é extremamente antiga, com prevalência e severidade mutantes no decorrer da evolução humana. As mudanças nas formas de vida dos homens contribuíram para o surgimento de epidemias em todo o mundo, cuja disseminação das doenças era de difícil controle por parte de autoridades sanitárias, principalmente nos períodos mais antigos. As medidas de prevenção eram adotadas para responder ao contágio, isolando os doentes, colocando-os em quarentena em hospitais flutuantes e isolando os bairros ou comunidades atingidas.

O pensamento mágico, religioso e sobrenatural predomina desde o período nômade, em que os homens viviam agrupados em tribos, e aperfeiçoa-se com o advento do cristianismo, considerando a doença como pecado, castigos justos vindos de Deus, ou como mau espírito que dominava a alma e o corpo do doente. Alguns povos, inclusive os gregos, nesse mesmo período, já realizavam práticas empiristas e consideravam a doença como o desequilíbrio entre os humores do corpo. A higiene corporal passa a ser recomendada na Idade Média (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

As novas teorias e os novos modelos na Medicina emergem de um contexto sócio-econômico-político-cultural. Com o desenvolvimento da filosofia grega, que buscava explicações racionais para os processos do homem com a natureza, surge a atribuição das doenças a causas naturais, porém ainda não completamente desligada da religião (FONTES, 1999). O responsável pela incorporação de novos conceitos é Hipócrates (468 a.C. – 377 a.C.), considerado o pai da Medicina, estabelecendo a atividade médica apoiada no conhecimento experimental. Hipócrates elabora a teoria dos humores corporais, sendo a doença, a perturbação do equilíbrio que mantinha o ser humano em harmonia consigo mesmo e com a natureza (ADAM; HERZLICH, 2001; FONTES, 1999; LANDMANN, 1984).

Mesmo assim, o surgimento da sociedade composta por profissionais médicos levou séculos, e o trabalho que hoje é executado por esse profissional era encargo de barbeiros e sacerdotes (ADAM; HERZLICH, 2001).

Na Idade Moderna, com o advento do Renascimento, a Ciência busca na experimentação as explicações racionais para os fenômenos da natureza. A partir de uma constituição epidêmica, as doenças são dependentes da susceptibilidade do corpo e produzidas por desordens atmosféricas. Gutierrez e Oberdiek (2001) consideram que, até o aparecimento da bacteriologia, a teoria miasmática é hegemônica, considerando as condições sanitárias ruins como causadoras de um estado atmosférico que propiciava as doenças infecciosas e as epidemias. O século XVII vai marcar a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença, através das questões relativas às suas causas no plano coletivo.

Nessa mesma época, a Medicina empírica e racional começa a desenvolver-se com progressos no campo da anatomia (dissecações e cauterização de vasos), teorias da circulação do sangue, e teorias sobre as formas de contágio. O começo do século XIX marca a virada decisiva da Medicina anátomo-clínica, em que a doença começa a ser entendida

como resultado de lesões orgânicas (HOSSNE, 1985). Ao mesmo tempo, aperfeiçoam-se as explicações sociais para a saúde e a doença (LUZ, 2000 citado por MARSIGLIA, 2003).

Na Medicina Social, buscavam-se as causas de doenças nas condições de vida e trabalho do homem, porém os estudos paralelos são continuamente realizados, referentes à teoria da etiologia específica das doenças (FONTES, 1999).

Entretanto, a formulação *unicausal*, atribuição da doença a causas externas (geralmente a um agente etiológico), persiste até o século XX, momento em que é descoberta a *multicausalidade*, em que as doenças são causadas por mais de um agente etiológico. Seu marco está na transição epidemiológica, dada pela diminuição da incidência de doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). O processo saúde/doença constitui-se, numa concepção ampliada, na síntese de múltiplas determinações, fruto do modelo de determinação social da doença, como retomada das abordagens sociais da Epidemiologia. O surgimento desse modelo data da crise econômica e política brasileira iniciada na década de 60 do século passado, com a diminuição do gasto social do Estado capitalista, os altos custos e baixa eficácia da Medicina curativista e hospitalar, e as limitações na explicação dos diferenciais de saúde/doença entre os grupos sociais pelos modelos dominantes (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Grande parte das pesquisas em Epidemiologia ou em Medicina Social, têm se dedicado, porém, aos fatores de risco, que são vistos como causas relativamente próximas das doenças, tais como dieta, nível de colesterol, exercícios etc. Nunes (2003) cita a importância de retomar a contextualização dos fatores de risco e das condições sociais que podem ser causas fundamentais da doença, devido ao fato de que as doenças frequentes da modernidade se manifestam também no espaço público, e não somente no espaço privado da relação médico/paciente. Reassume-se uma dimensão coletiva das doenças, na medida que ela se torna assunto de grupos e não somente de indivíduos.

Na visão materialista histórica e dialética, mesmo se tratando de possuir saúde ou doença em um grupo, a sua expressão é social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem desvinculada do contexto histórico. O processo saúde/doença é um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção: os processos de trabalho, os perfis de consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de

vida, que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência, assim com as condições desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer (EGRY, 1996).

O pensamento funcionalista, como corrente mais expressiva do positivismo na área da saúde, descreve que a doença funciona e aparece na forma de fenômeno observável, desconhecendo as condições de sua produção e reprodução. Também desconhece os conflitos existentes na sociedade, os interesses que perpassam a Medicina como produção social, e as determinações sociais da saúde/doença. A adoção do método dialético nesse estudo faz-se presente a partir das considerações dos determinantes sociais na Medicina e na doença, de modo a permitir a análise ideológica que assola os discursos de seus profissionais.

3. A PROFISSÃO MÉDICA

Na Grécia, berço da Medicina, o médico foi reconhecido como detentor de uma ação técnica, deixando de ser um mago ou feiticeiro, e elevando-se à posição de *isotheos*, ou seja, “semelhante a um Deus”. Entre os séculos VI e VIII da era cristã, a assistência médica passa, porém, para as mãos dos sacerdotes e somente a partir do século XIII a categoria médica passa a adquirir, rapidamente, um status social (HOSSNE, 1985).

Até o princípio do século XX predominava, no Brasil, o exercício profissional em bases liberais: o médico dependia de capacidade própria para exercer sua atividade. Tinha autonomia para determinar as condições e o valor de seu trabalho. Além disso, o conhecimento médico entendia o corpo humano como um todo indivisível.

Schraiber (1993) afirma, porém, que, enquanto se segue o processo de medicalização, ampliando os domínios da ordem médica, e à proporção que se estendem os serviços, seus tipos institucionais já se dispõem diferencialmente para os segmentos sociais da população. Isso ocorre em função da desigual distribuição de renda e como produto da articulação da prática médica com outros setores da produção social, na conformação de um complexo médico-institucional empresarial.

A posição privilegiada que a Medicina conquistou enquanto profissão relaciona-se com sua importância social adquirida no decorrer da história e da evolução das sociedades. O médico diferencia-se das demais ocupações, pois se reconhece o monopólio de sua atividade e autonomia excepcional em seu exercício e em seu controle.

Ao considerarmos o médico como detentor de um papel dominante no relacionamento com o paciente, os seus atributos, que acabam moldando todo o sistema de saúde e as suas práticas, assenta-se no poder profissional que é concedido a ele, ao qual se juntam as suas habilidades no uso da autonomia profissional (cf. NUNES, 2003).

Inserido nessa perspectiva, o juramento médico tem como finalidade resguardar a profissão em um círculo de autodefesa, na formação de um verdadeiro clã. O Código de Ética Médica regulamenta as relações entre os membros da profissão médica, no sentido de evitar a competição e reforçar a tradição paternalista e de autoridade perante as demais profissões da área. Assim sendo, o médico, ao formar-se, jura um voto simbólico de autoridade carismática, para o exercício da profissão. Para Landmann, “os médicos jamais enfatizam os limites de seu conhecimento. Ao contrário, revestidos de seu poder, expresso no avental branco que vestem, fazem pronunciamentos dogmáticos, aceitam sua função apostólica e se tornam coniventes com a opinião geral de sua onipotência” (1984, p. 18).

Afirma-se que, historicamente, a Medicina não se distingue por seu universalismo ou pela sua preocupação exclusiva com o bem-estar do paciente. Estudos apontam a profissão médica como um dos numerosos grupos ou categorias de interesse existentes na sociedade, e a permanência de um latente conflito de expectativas, na relação médico-paciente, caracterizada pela ausência de consenso, que por sua vez não torna o paciente sujeito passivo (ADAM; HERZLICH, 2001).

No processo de socialização do médico, observa-se que, ao mesmo tempo em que o profissional é apto a lidar com o sofrimento através do conhecimento das doenças, esse tem dificuldade na aproximação do sofrimento de um doente, pois se distancia de sua representação social que deveria enlaçar os que buscam e os que promovem o alívio do sofrimento que advém do corpo.

Nesse sentido, a categoria médica pode ser classificada como hegemônica, não só por seus interesses econômicos e porque detém a propriedade de suas formas de produção, mas porque suas idéias e valores de categoria profissional fazem parte da classe dominante. Contudo, a posição do médico vem caminhando, desde o século passado, para uma perda gradativa da autonomia profissional, marcada no início pela relação hegemonicamente liberal, e posteriormente pelo crescente assalariamento profissional devido às tecnologias custosas e impossibilidade do consumo direto pelos pacientes, sem a intermediação do Estado ou de instituições privadas do mercado (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

Após a compreensão da profissão médica como a que obtém destaque dentre as profissões da área da Saúde, passaremos a nos dedicar a um assunto de interesse daquele que é atendido por esse profissional, a relação entre médico/paciente.

4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Na perspectiva do positivismo, corrente teórica que se notabilizou nos primeiros estudos sociológicos relacionados à saúde, Parsons (1951 citado por ADAM; HERZLICH, 2001) foi pioneiro em trabalhar com a compreensão médico/paciente, partindo da constatação de que a saúde é necessária ao bom funcionamento da sociedade. O indivíduo definido como um produtor deve, por conseguinte, estar em boas condições de saúde. A doença constitui um desvio em potencial da ordem social, caracterizando a ruptura: pode ser interessante tornar-se doente, para assim a pessoa ser liberada das obrigações relativas aos papéis sociais e à atividade profissional.

Segundo Queiroz e Canesqui (1986a), a teoria parsoniana surge a partir da década de 50 do século passado, interessando-se diretamente pelo problema do sistema médico. Parsons é conhecido como um dos pais do funcionalismo, uma postura teórica que percebe a sociedade como em equilíbrio mantido por padrões partilhados de normas e valores, em constante luta contra os processos disfuncionais. Nesse sentido, a Medicina é encarada como indispensável para a manutenção do equilíbrio social, por lutar contra uma das fontes mais perigosas de disfunção e desvio, ou seja, a doença.

A análise de Parsons demonstra o modelo em evidência, como o lugar central que a Medicina ocupava na sociedade moderna, com uma função técnica e de regulação social, reconhecendo o significado da saúde e da doença do ponto de vista societário. Antes de tudo, é interessante verificar como o autor conceitua a doença. Parsons afirma que “[...] a doença pode ser considerada um modo de resposta às pressões sociais, entre outras coisas, como um modo de eludir responsabilidades sociais. Mas isto, como veremos, pode ter também alguma possível significação social positiva” (*apud* NUNES, 2003, p. 81).

Define-se então o “papel do doente” pela liberação de suas responsabilidades habituais (trabalhar ou cuidar da família); os privilégios de não ser responsável por sua incapacidade e ter direito à assistência, e em troca cumprir com as obrigações de considerar a doença indesejável e procurar melhorar, lançando mão de ajuda

competente e cooperar com aqueles que têm a responsabilidade de seu cuidado. Já o “papel do médico” é baseado na sua competência técnica que o transforma no especialista na saúde e na doença, com limitações precisas e específicas e que, perante o doente, deve demonstrar-se neutro afetivamente; também o papel, ao menos em teoria, é universalista na medida que se preocupa com o bem-estar do paciente antes de tudo, inclusive em oposição ao lucro (ADAM; HERZLICH, 2001).

Nesse esquema, a norma é sempre reforçada e o desvio é sempre punido. Como nenhuma parte pode definir o seu papel independentemente do papel do parceiro, o relacionamento humano em geral e o entre médico e paciente em particular, longe de serem formas espontâneas de interação social, são definidos por um jogo de expectativas mútuas socialmente dadas.

A adoção de novos modelos de análise da sociedade condicionou a renovação da análise parsoniana, a partir dos anos 60 do século passado, ressaltando a importância dos conflitos e interesses na explicação da manutenção da ordem social e no fenômeno das mudanças sociais. A relação da Medicina com a sociedade foi colocada em novas bases, resultando num conjunto de trabalhos que criticaram as formulações funcionalistas e positivistas. O direcionamento dessas novas abordagens pelas Ciências Sociais marca-se pela incorporação da tradição marxiana, que passa a assumir uma importância cada vez maior (QUEIROZ; CANESQUI, 1986a).

A partir da concepção de que a origem da doença não se situa ao nível do indivíduo, mas da relação social (LAPLATINE, 1991) um maior conhecimento e informação dos pacientes a respeito das doenças, dos tratamentos e de seus direitos sociais tem direcionado os questionamentos diante da passividade com que são vistos na relação médico/paciente (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000). Diante do fato, a evolução de métodos relacionados à humanização da assistência à saúde parte do pressuposto das concepções ideológicas que marcarão a relação entre aquele que atende e o que é atendido, inclusive quanto à formação discursiva utilizada.

5. JULGAMENTO MÉDICO E RECURSOS PARA UMA NEGOCIAÇÃO ENTRE AS CLASSES

Ao analisar o “poder” médico de declarar os indivíduos como doentes ou saudáveis, percebe-se que, em determinados casos, as

peças podem apresentar sintomas que não sejam declarados como característicos de doença, e, portanto, não adquirem o papel social de doentes. Também, quando uma pessoa é equivocadamente diagnosticada como doente, ela torna-se doente de fato, para toda a sociedade. O médico então contribui para criar a realidade social da doença ao designar e nomear a disfunção corporal do indivíduo.

Declarar alguém doente não é algo neutro e pode ter conseqüências desfavoráveis para a pessoa. Os sociólogos têm demonstrado que é preciso distinguir entre a existência de um estado ou uma característica física de um indivíduo, e sua significação. São os outros e, mais amplamente, a reação social a este estado ou característica que lhe conferem o sentido negativo de desvio (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 99).

Conforme a concepção de onipotência médica, o doente encontra-se reduzido a simples objeto de uma opressão e não lhe é concebível a idéia de sua influência ou de sua atividade na interação, como para Boltanski (1989), em que a relação médico/paciente é uma relação de disparidade entre classes sociais. Para o médico, não adianta explicar, pois, além de não entender o enunciado o paciente distorce suas palavras, dando um sentido muitas vezes contrário ao que foi dito. O fato de o médico não fornecer ao paciente as explicações sobre a doença e sua relação com o corpo permite ao ouvinte interpretar seu discurso com as meias palavras que lhes são fornecidas, reconstruindo o discurso.

Podemos considerar a profissão médica como sendo um signo, pois, como vimos no exposto, reflete e refrata uma outra realidade, ou ainda adquire um sentido ideológico que ultrapassa suas próprias particularidades. Bakhtin (2002, p. 32) refere-se à presença do signo concomitante com a ideologia: “Tudo que é ideológico possui um valor semiótico”.

A doença, surgindo a partir de uma relação conflituosa com o social, define o próprio sentido da experiência do doente e que orienta seus comportamentos. Para interpretar os fenômenos orgânicos, as pessoas apóiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam (ADAM; HERZLICH, 2001). Recorremos à questão do signo, vivo e mutável, compreendido pelo discurso de outrem:

Todo enunciado tem a sua significação mediada sempre pelas vozes que já o povoaram e pela orientação discursiva que

estabelece no momento mesmo que é proferido. É o enunciado como um todo que constitui a verdadeira unidade de significação lingüística. Como totalidade ele só se realiza no fluxo do intercâmbio verbal (VOGT, 1980, p. 86).

Nesse intercâmbio verbal entre o julgamento médico e a interpretação do doente, a lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social: “A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais” (BAKHTIN, 2002, p. 35). No contexto da experiência da doença mediada através dos signos ideológicos, Zola (citado por NUNES, 2003) afirma que as diferenças na experiência da doença originam-se de percepções e interações sociais mais amplas, tais como crises interpessoais; da interferência percebida com as relações sociais ou pessoais; apoio social da família e amigos; sanção por parte de um ou outro membro da família; interferência percebida da atividade do trabalho ou física, ou da percepção de sintomas num espaço de tempo.

Um modelo de negociação elaborado por Anselm Strauss e seus colaboradores explica as relações entre as categorias da equipe hospitalar, incluindo o doente. É demonstrada a importância da realização de acordos e de processos de negociação, nos quais nenhum dos parceiros têm uma supremacia definitiva. Não se trata de desprezar o conhecimento técnico e o peso da opinião do médico, mas, sim, de medir sua influência a partir da análise das interações lingüísticas nas consultas médicas:

Diversos estudos mostram que o médico não apenas têm o domínio das respostas às questões do paciente, mas também que ele estrutura a interação ao formular um grande número das questões que orientam o diálogo. Numerosos estudos comprovam, não obstante, que esta situação não é definitiva e que o doente, ou sua família, dispõem de instrumentos para inferir nessa dinâmica (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 103).

Não podemos deixar de definir que a relação médico/paciente é uma construção feita pelos próprios atores envolvidos, mediada pelos contextos na qual ocorre. O princípio de toda relação bem sucedida parte do conhecimento prévio do assunto, interceptado pelas diferentes vozes que permeiam o contexto social vivenciado e que possibilitam a bagagem necessária ao indivíduo que propõe o embate dialético.

Ao utilizarmos Bakhtin (2002) para entender o problema da relação médico/paciente, verificamos que o conteúdo ideológico e o

relacionamento com uma situação social determinada afetam a significação da forma lingüística. Para ele, apenas a dialética pode resolver essa contradição aparente entre a unicidade e a pluralidade da significação.

6. IDEOLOGIA DA SAÚDE/DOENÇA E DOS DISCURSOS MÉDICOS

As tendências que se firmaram na Medicina dos anos 70 do século XX, sobretudo nos EUA, foram conseqüências da enorme crítica à organização dos serviços de saúde, ao desafio dos problemas com as doenças crônicas, à presença dos debates sobre o acesso ao cuidado médico, e dos protestos das enfermeiras pela sua posição subalterna na hierarquia médica (PESCOSOLIDO; KRONENFELD, 1995 citado por NUNES, 2003). Aparecem com destaque, nesse momento, os estudos realizados por pesquisadores com formação marxiana, apontando, nessa perspectiva, os fatores estruturais e políticos como determinantes das doenças que ocorrem na sociedade. De um modo geral, as relações de classe são fundamentais nas explicações que buscam trazer para o campo da saúde as formulações marxianas.

Waitzkin (1998 citado por NUNES, 2003) tem sua análise centrada sobre as práticas de saúde e suas relações com o capitalismo, especialmente sobre a ideologia que perpassa a sociedade norte-americana. São colocadas em discussão as ambigüidades do gerenciamento e a sua construção ideológica. Ressalta como a “Medicina baseada em evidência” torna-se um instrumento dessa prática ao formular modelos clínicos usados para monitorar os médicos em suas decisões clínicas, a partir da consideração de que elas imprimem cientificidade ao processo de conhecimento.

Não se pode deixar de mencionar que o autor, ao analisar criticamente outros autores (notadamente Parsons), volta-se para compreender o relacionamento médico/paciente como um processo que se realiza entre duas pessoas como parte integrante da organização do sistema de saúde. São confrontadas as dificuldades metodológicas e os problemas teóricos de estudar a ideologia médica, o controle social profissional e a linguagem das relações na Medicina.

O que nos parece importante para dar prosseguimento ao entendimento da ideologia no campo da Medicina é levar em conta as diferentes instituições e aparelhos produtores de ideologias que, mesmo sendo manipulados, reinterpretados e recriados pelas camadas subalternas, direcionam culturalmente essas camadas, modelando

hábitos, práticas e formas de consciência e de vida. Com isso, não se afirma a inexistência e impossibilidade do conflito na luta pela hegemonia, da qual a direção cultural faz parte. É preciso admitir a existência de um espaço na cultura dos grupos não homogêneos, comportando identidades, crenças e linguagem próprias. Percebe-se que esse é um espaço considerável e pouco explorado, que, sem dúvida, merece a atenção relativa à ideologia e às práticas consolidadas na Medicina oficial (QUEIROZ; CANESQUI, 1986b).

O problema freqüente das relações entre representação e ação, entre o dizer e o fazer, em relação à saúde e à doença, mobilizam profissionais na esperança de encontrar uma relação simples e direta entre informação e crença de um lado, e comportamento de outro. A atual valorização da saúde, tal como observada na mídia, não se encontra distribuída igualmente entre os estratos sociais. O corpo torna-se signo, em que a saúde está em tudo e tudo está na saúde. Para a classe social dominante, a saúde é vista como liberdade de expressão e realização pessoal. Já nas outras classes sociais o discurso da valorização da saúde se rarefaz e fica mais desligado da realidade, das situações e dos comportamentos (ADAM; HERZLICH, 2001).

É assim que, para Bakhtin (2002, p. 32), “todo signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica”, a saúde pode ser classificada como correta, boa, ruim, etc., em uma determinada população. A própria consciência individual quanto à saúde está repleta de signos, mas só se torna consciência quando se impregna de conteúdo ideológico (semiótico) e somente na interação social.

Para compreender como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a ação, é conveniente reportá-los às necessidades quotidianas da vida das pessoas e às características de suas relações sociais. Porém, para Bakhtin (2002, p. 36), é na linguagem onde aparecem, de maneira clara, o aspecto semiótico e o papel contínuo da comunicação social. “A palavra é o fenômeno ideológico por excelência”, não comporta nada que não esteja ligado a essa função, nada que não tenha sido gerado por ela, sendo o modo mais puro e sensível de relação social. Bakhtin (2002) demonstra-nos que as relações de produção e a estrutura sociopolítica determinam os contatos verbais possíveis entre os indivíduos, todas as formas e os meios de comunicação verbal. Essas formas de interação verbal acham-se estreitamente vinculadas às condições de uma situação social dada e reagem de maneira muito sensível às flutuações da atmosfera social. Tanto é assim que, hoje, o saber e a prática médica definem os termos do encontro da pessoa com a doença, ficando, assim, a realidade biológica socialmente modelada pelos cuidados de que é objeto:

Ao diagnosticar uma doença, (...), o médico simplesmente decodifica um estado orgânico. Ao declarar que uma pessoa está “doente”, ele faz um julgamento que transcende seu estado orgânico e que, repercutindo sobre sua identidade, lhe determina um lugar na sociedade. Pelo estudo das instituições e profissões médicas, de seu funcionamento, podemos perceber, portanto, como uma ciência, colocada diariamente em prática por profissionais, interfere na sociedade (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 12).

As bases de uma teoria marxista da criação ideológica estão estreitamente ligadas aos problemas de filosofia da linguagem. Tudo o que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo, ou seja, tudo o que é ideológico é um signo, pois sem este não existe ideologia. Um exemplo pode ser dado quando o paciente vai em busca de auxílio médico e recebe um diagnóstico de uma doença incurável, porém com possibilidades de controle com uso de medicação, como o diabetes. A doença passa a ser um signo ideológico, em que o médico pode não se precaver de cuidados ao emitir o diagnóstico e que o paciente reage encarando a doença como uma agressão letal ao seu organismo, antes mesmo de conhecer as formas de controle da mesma.

Do mesmo modo, a enunciação, como a unidade de base da língua (discurso interior ou exterior), é compreendida como uma réplica do diálogo social e, portanto, tendo natureza ideológica. Essa natureza ideológica, sendo a base da doutrina da filosofia marxista da linguagem, torna-se realidade da língua e estrutura socioideológica. Ora, se todo signo é ideológico, ligado à situação social, a palavra é o signo ideológico por excelência, por registrar as menores variações das relações sociais. Isto porque a palavra está presente em todos os atos de compreensão e em todos os atos de interpretação. Para Bakhtin, “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. A palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais” (BAKHTIN, 2002, p. 41).

Existe ainda a problemática da “língua culta”. Dentre os falantes cultos de uma língua podemos considerar os profissionais que possuem educação superior e, portanto, têm o domínio da norma culta. O médico aparece nessa categoria de classificação, dotado de poder e autoridade, que, para Bagno (2000), ainda são os dois pilares da tradição gramatical. O caráter semiótico dos fenômenos ideológicos pode ser observado no médico como o detentor de todo o saber e todo o poder de cura do homem doente, sendo sua linguagem técnica outro fator que permite que ele

seja colocado sob esse signo ideológico, distanciando-o do homem doente, para tornar-se um ser superior.

Reportamo-nos novamente a Bakhtin quando o autor se refere aos conflitos da língua como reflexo dos conflitos de classe, sendo a palavra o local onde se manifestam os valores sociais contraditórios:

A comunicação verbal, inseparável das outras formas de comunicação, implica conflitos, relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência à hierarquia, utilização da língua pela classe dominante para reforçar seu poder, etc. Na medida em que às diferenças de classe correspondem diferenças de registro ou mesmo de sistema ([...] o *terrorismo verbal* da classe culta, etc.), esta relação fica ainda mais evidente (2002, p. 14, grifos do autor).

Como exemplo de conflitos de classe que são refletidos na linguagem, analisamos uma entrevista concedida por Lísias Tomé, prefeito e médico da cidade de Cascavel, Estado do Paraná. A reportagem, que traz como título “O médico que nocauteou as elites”, pretende assim fazer uma alusão à sua vitória nas eleições de 2004 contra os chamados “grupos de elite” da cidade, trazendo o depoimento de que o compromisso da sua administração “é com o povo, com as pessoas mais sofridas” (FERNANDES, 2005, p. 8). Contudo, evidencia-se a hegemonia da categoria profissional à qual pertence:

Saúde News – A exigência do cumprimento das quatro horas por parte dos médicos das Unidades Básicas de Saúde tem gerado muita controvérsia. Como o senhor analisa este assunto?

Lísias – Em primeiro lugar, é preciso recordar que ao longo de cerca de 20 anos, todas as administrações anteriores conviveram com uma situação em que médicos e dentistas atendiam entre 16 a 18, 20 consultas e depois estavam liberados. Só na metade do ano passado, em pleno período eleitoral, é que o ex-prefeito resolveu entrar em choque com a classe, por acreditar que isso lhe renderia dividendos políticos. Nós continuamos achando que a qualidade no atendimento é mais importante que a frieza do relógio ponto. Como o assunto está *sub judice*, prefiro não entrar no mérito da questão. Mas estamos estudando alternativas, na forma de mudanças de lei. Caso isso não seja possível, é evidente que se e quando houver uma decisão final da Justiça, com certeza iremos cumpri-la, embora a obrigatoriedade pura e simples do cumprimento das quatro horas/dia possa conturbar a situação e até estabelecer o caos, com pedidos de demissão ou processos de exoneração em massa. Em qualquer destas duas hipóteses, quem sai perdendo é a população (FERNANDES, 2005, p. 7-8).

Nessa situação, o gestor público municipal diz que, se for uma decisão da Justiça, o cumprimento da jornada de quatro horas diárias dos médicos que atendem à saúde pública, será cumprida. Fala, porém, que quem será penalizado com a situação será a população, no caso de a obrigatoriedade do cumprimento resultar em caos, com processos de exoneração e pedidos de demissão em massa. Dessa maneira, o discurso do entrevistado deixa clara a intenção da redução da carga horária, já que ele também é médico, e assim estaria beneficiando a categoria. E, ainda, a população é colocada como justificativa para que ocorra a mudança na lei. A ideologia dominante presente no discurso do gestor coloca os usuários da Saúde Pública, ou seja, os pacientes, em posição hierarquicamente inferior, pois serão os desfavorecidos com o impasse entre médicos e administração municipal.

Eagleton (1997) faz referência a seis estratégias ideológicas que legitimam o poder dominante: promoção de crenças e valores compatíveis com ele, naturalização e universalização de tais crenças para torná-las óbvias e aparentemente inevitáveis, derrubada de idéias que possam desafiá-lo, exclusão das formas rivais de pensamento mediante alguma lógica não declarada mas sistemática, esconder a realidade social de modo a favorecê-lo. A repressão dos conflitos sociais dá à luz o conceito de ideologia como uma resolução imaginária de contradições reais.

Fiorin (2003) adverte que a ideologia é constituída e constituinte da realidade, sendo um conjunto de idéias que servem para justificar e explicar a ordem social. É independente da consciência dos agentes sociais, e oculta as relações mais profundas; é a inversão da realidade (FIORIN, 2003; CHAÚÍ, 2004). Para Bakhtin (2002), os índices de valor ideológico constituem índices sociais de valor, com pretensões ao consenso social, e apenas em nome desse consenso é que eles se exteriorizam no material ideológico. Um exemplo pode ser dado: a sociedade espera que o profissional de saúde se comporte elegantemente perante o paciente, não masque gomas de mascar, porte roupas limpas e claras, etc.

A ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preconceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador (CHAÚÍ, 1998 citado por BAGNO, 2000,

p. 35). Ora, se o sucesso de uma ideologia é pleno quando as crenças que ela veicula se tornam visão de mundo compartilhada por todos os membros da sociedade, mede-se esse sucesso aferindo-se a interiorização dos preconceitos disseminados por essa. Se o indivíduo se sente inferiorizado, mas aceita como algo natural o discurso imposto pelo médico sobre sua saúde, prova-se o êxito da ideologia dominante. Eagleton (1997) deixa claro que a intenção da sociedade capitalista, mesmo a mais avançada, é possuir sujeitos auto-disciplinados, que cumpram seus deveres e se conformem de forma inteligente.

Existe ainda a problemática da identidade. A língua está profundamente arraigada na constituição ontológica do indivíduo, em que a função mais elementar da linguagem é permitir a comunicação do indivíduo consigo mesmo. É grave, e comum, falantes da língua assumirem uma posição de auto-rejeição lingüística, uma auto-depreciação da variedade que é a sua, desconstituindo a sua identidade mesma de indivíduo (BAGNO, 2000). A mesma auto-depreciação pode ser exercida perante os conhecimentos do doente acerca dos cuidados de sua saúde, ao comunicar-se com o médico e deixar-se dominar por seu discurso, deixando de entender o seu corpo, a sua saúde e o seu lugar no mundo.

Portanto, é a interação verbal que constitui a realidade fundamental da linguagem e o diálogo é a forma mais plena de sua realização. Entre as formas de comunicação (por exemplo, relação entre profissional de saúde e pacientes num contexto hospitalar), a forma de enunciação (respostas objetivas utilizando-se da linguagem técnica em saúde) e enfim o tema (saúde/doença), existe uma unidade orgânica que nada poderia destruir, o que explica que a classificação das formas de enunciação deve apoiar-se sobre uma classificação das formas de comunicação verbal (essas determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sociopolítica) (BAKHTIN, 2002).

Por fim, “a diferenciação política é um elemento fundamental para favorecer a diferenciação lingüística” (GNERRE, 1991, p. 7), como pôde ser observado na relação médico/paciente, cada qual assumindo suas características na maneira de utilizar a linguagem, de acordo com a posição em que se encontrava. A diferenciação, por muitas vezes explícita na relação médico/paciente, tende a favorecer o preconceito lingüístico, pois, como visto, a palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas das mudanças sociais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Medicina apresenta-se ainda enraizada em antigos paradigmas, apesar de ter atravessado períodos diversos em suas concepções etiológicas, com descobertas da unicausalidade e, posteriormente, no século XX, da multicausalidade das doenças, até a consolidação da Medicina científica. Contudo, a influência do pensamento positivista, mecanicista e reducionista impôs uma visão de mundo levando a profissão médica ao enraizamento hegemônico e histórico com características de uma classe dominante. Essas características propiciam diferenciações lingüísticas em uma relação médico/paciente, devido ao fato de as condições de comunicação estarem sempre ligadas às estruturas sociais. Sendo a profissão médica um signo, ideológico e/ou lingüístico, encontra-se marcada pelo horizonte social de uma época e de um grupo social determinado.

Dessa forma, na relação instituída entre médico e paciente é reforçada a mensagem ideológica do paternalismo e autoritarismo da profissão médica. Nesse momento referendamos Chauí (2004), quando sua atualizada obra relata a transição da ideologia tradicional à ideologia da competência, devido às mudanças econômicas e sociais que produziram mudanças na ideologia da classe dominante. A ideologia da competência realiza a dominação pelo prestígio e poder conferidos ao conhecimento científico e tecnológico, o que fora observado na profissão em estudo.

O conceito de autoridade profissional é, assim, fundamentado sobre um alto nível de saber formal e especializado, e que, assegurado pela sociedade, conferiu aos médicos o domínio legal sobre a saúde e a doença, ficando o exercício da Medicina condicionado aos interesses de preservação da estrutura social vigente. A distinção atribuída à categoria médica aparece na defesa da estrutura social que conquistaram, e dos poderes econômicos que dominam, decorrentes, como vimos, do início e desenvolvimento da profissão.

8. REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

BAGNO, Marcos. **Gramática da língua portuguesa**. São Paulo: Loyola, 2000.

- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. 9. ed. São Paulo: Hucitec-Annablume, 2002.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia?** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- EAGLETON, Terry. **Ideologia**. São Paulo: Edunesp/Boitempo, 1997.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- FERNANDES, Julio César. “O médico que nocauteou as elites. Entrevista com o prefeito Lísias Tomé”. **Revista Saúde News – Cascavel-PR - Viver Mais Comunicação** - 31. ed. - Ano 08 - Out. 2005.
- FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática, 2003.
- FONTES, Olney Leite. **Educação biomédica em transição conceitual**. Piracicaba: UNIMEP, 1999.
- GNERRE, Maurizio. **Linguagem, escrita e poder**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann Iark. “Concepções sobre a saúde e a doença”. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI-JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- HOSSNE, William. **Vale a pena ser médico?** São Paulo: Moderna, 1985.
- IBÁÑEZ, Nelson; MARSIGLIA, Regina. “Medicina e Saúde: um enfoque histórico”. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- LANDMANN, Jayme. **A outra face da medicina**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- LAPLATINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni [et al.]. “Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais”. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, 2003.
- NUNES, Everardo Duarte. “A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral”. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, 2003.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CANESQUI, Ana Maria. "Antropologia da doença: uma revisão teórica". **Revista Saúde Pública**. São Paulo, vol. 20, n. 2, abr. 1986a.

---. "Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil". **Revista Saúde Pública**. São Paulo, vol. 20, n. 2, abr. 1986b.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

VOGT, Carlos. "Linguagem, língua e poder". In: ---. **Linguagem pragmática e ideologia**. São Paulo: Hucitec; Campinas: Funcamp, 1980.

Unioeste
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
— www.unioeste.br —

REVISTA VARIA SCIENTIA

Versão eletrônica disponível na internet:

<http://e-revista.unioeste.br>

V A R I A
S C I E N T I A