

GRAÇA CARAPINHEIRO

Instituto Superior de Ciências do Trabalho  
e da Empresa. Núcleo de Sociologia  
da Saúde do CIES

## CENÁRIOS DE ESTRATÉGIAS MÉDICAS NO HOSPITAL

141

*Reúnem-se neste artigo a análise de resultados de algumas componentes de um projecto de investigação centrado no estudo de dois serviços em dois hospitais centrais de Lisboa. A eleição do serviço hospitalar como objecto de pesquisa assenta na importância que assume a sua estrutura social, condensadora de ideologias, relações e processos onde se cruzam o sistema cultural e o sistema técnico da organização hospitalar. Destacaram-se as estratégias médicas por deterem elementos nodais de compreensão e interpretação da tecitura que reúne*

*doentes com pessoal médico e de enfermagem. Ser médico num hospital implica concepções da medicina e das respectivas práticas, ancoradas numa relação de forças permanente, no interior do corpo médico e em confronto com os outros grupos profissionais do hospital. Opções tecnicistas ou humanistas não são neutras. Arrastam consigo políticas médicas e formas de sociabilidade cujos efeitos explícitos e implícitos revelam o hospital como um microcosmo da vida social.*

**N**a pesquisa sociológica desenvolvida em Portugal a problemática do hospital tem estado ausente. Não é estranho a esta situação o facto de o domínio da Sociologia da Saúde estar ainda praticamente em construção, tanto em termos dos protagonistas do conhecimento como em termos da definição dos objectos de pesquisa, reconhecendo-se, no entanto, estarem abertas as possibilidades de análise, na constituição de problemas de conhecimento segundo perspectivas críticas e abrangentes do todo social. Por outro lado, as leituras já produzidas sobre o hospital como organização ou como empresa, dominadas pela área da gestão ou administração hospitalar, têm deixado um considerável vazio de abordagens ao hospital como instituição social, permanecendo na sombra os aspectos mais relevantes da sua relação com a sociedade portuguesa.

Se se considerar a enorme variedade de definições culturais de saúde e doença e respectivas práticas sociais, estruturadoras daquelas definições e se lhes cruzarmos os aspectos políticos, jurídicos e económicos que se ligam à organização das estruturas de saúde e que sustentam a visão oficial e socialmente legítima «do que é realmente saúde» e «do que é

### Introdução

realmente doença», descobre-se que a organização e o funcionamento dessas estruturas operacionaliza-se de forma discriminatória na sua relação com os indivíduos.

Assim os principais vectores analíticos desenvolvem-se à volta do problema de saber como se confrontam os diversos universos culturais face à saúde, à doença, aos sintomas, à dor e à morte, diante da unidade e coerência dum modelo social de vivência da doença, corporizado no hospital através das ideologias e práticas dos profissionais que nele se movimentam. Este modelo integra-se no modelo cultural reconhecido em cada hospital e reproduz-se quotidianamente nos modelos gerais das relações sociais desenvolvidas na relação funcional entre as tarefas que integram o sistema de cuidados médicos, de acordo com a divisão do trabalho hospitalar.

#### **A pesquisa**

Este artigo recolhe a análise de alguns resultados parciais duma pesquisa empírica actualmente em curso em dois hospitais centrais de Lisboa.

Trata-se do estudo comparado de dois serviços de medicina interna. Um integra-se num hospital geral, não universitário e inserido num conjunto hospitalar, ligado a uma longa tradição asilar, vocacionado para responder fundamentalmente às necessidades do serviço de urgência, pólo central da procura de cuidados hospitalares da população de Lisboa e definindo uma organização interna dirigida à satisfação de objectivos assistenciais. O outro serviço situa-se num hospital que coincide com uma Faculdade de Medicina. Não está ligado a uma longa tradição asilar e apesar de também dar resposta à procura do serviço de urgência, organiza-se internamente e define-se face aos outros serviços de medicina do hospital no desenvolvimento de um sistema de cuidados tendentes a uma linha de especialização médica, constituindo-se em espaço de ensino e pesquisa. Da coincidência e coexistência do hospital e Faculdade no mesmo espaço físico, resulta a disseminação de todas as actividades de formação médica pelos serviços do hospital, cabendo a cada um deles, para além da organização das actividades de prestação de cuidados aos doentes, a organização das actividades de ensino, pré e pós-graduado e o ensaio de protocolos de pesquisa médica.

A abordagem é sociológica, inscrevendo-se na área da Sociologia da Saúde. Privilegia a perspectiva micro-social, elegendo o «serviço», unidade de base do funcionamento hospitalar, como objecto de análise. Isto não quer dizer que a perspectiva macro-social não esteja presente e não se revele de fundamental importância, não só na contextualização do objecto em estudo como também na sua fundamentação

última. Sem querer fazer aqui a discussão das disponibilidades teórico/epistemológicas da Sociologia da Saúde, vale a pena no entanto referir que a presença nesta pesquisa particular de duas perspectivas, denuncia o facto desta área de conhecimento englobar uma multiplicidade de objectos e fenómenos, num estado desigual de construção sociológica e insusceptíveis de serem integrados numa problemática unificada, o que leva o investigador a recorrer a diversos ramos da sociologia. Acontece assim que o hospital e o médico tenham vindo a constituir objectos privilegiados da sociologia das organizações e da sociologia das profissões, tornando por enquanto ilegítima a designação de «sociologia do hospital».

143

A metodologia usada baseia-se no método de pesquisa de terreno, com observação participante e continuada, durante um período de aproximadamente um ano em cada serviço e com recurso a entrevistas estruturadas e fracamente estruturadas feitas com doentes, médicos, enfermeiras e restante pessoal não médico.

Procura-se saber como é que a organização e funcionamento de um serviço responde aos objectivos da instituição hospitalar, quando eles se explicitam como de cura ou de cura, ensino e pesquisa e como esta diferença de finalidades ganha sentido na estrutura social e na dinâmica social que se estabelecem em cada serviço.

Por outro lado e no desdobramento desta questão, pretende-se perceber qual a organização do espaço físico, dos procedimentos e das relações sociais que envolve o doente e o quadro normativo que o suporta e quais as formas de adaptação do doente à vida hospitalar, entendidas como formas de inteligibilidade social sobre o hospital.

A fisionomia do hospital moderno tem sido modelada de uma forma decisiva pelo desenvolvimento da Medicina mais do que pelo papel do Estado e dos poderes públicos, conferindo-lhe um papel importante na estruturação da profissão médica e na produção do respectivo saber. Assim, a organização das carreiras médicas faz-se a partir da pertença ou não pertença ao hospital, tornando-o lugar decisivo de segmentação e constituição das redes profissionais.

Por outro lado, desde o momento em que nas democracias modernas o direito à saúde passou a ser um direito fundamental, foi progressivamente incorporada no hospital a noção moderna de serviço público, tornando-o um campo do desenvolvimento das ciências médicas, integrando-se nos seus sectores de actividade a assistência, o diagnóstico-tratamento e o ensino-pesquisa, associando à sua função

**Estratégias  
de relação  
do médico  
ao hospital**

tradicional de controle social, a função de reprodução da força de trabalho e a função de produção do saber médico.

Na análise do poder médico nas práticas hospitalares o valor da independência ou autonomia profissional assume uma importância capital.

O estatuto do médico hospitalar combina a independência profissional, resultante do livre exercício de actividades médicas privadas e a subordinação administrativa que decorre do facto da medicina hospitalar não ser o mero prolongamento dessas actividades, ser desenvolvida sob tutela e em princípio estar sujeita aos mecanismos de regulação profissional. Dada no entanto a autonomia concedida ao serviço hospitalar, a independência profissional duplica e reforça-se. De facto, cada serviço representa a unidade de base do hospital, tanto no plano da gestão como no plano da especialização dos cuidados, detendo o director de serviço autoridade absoluta na organização dos sistemas de tratamento.

No caso concreto em estudo, se no serviço de medicina interna do hospital geral a hierarquia médica se organiza segundo uma única carreira, a carreira hospitalar, que culmina com o cargo de director de serviço pela atribuição de competência clínica e capacidade de coordenação do trabalho médico, no serviço de medicina interna do hospital universitário, a existência da dupla carreira, hospitalar e universitária, concede ao director de serviço não só o prestígio fornecido pela atribuição dos dois critérios anteriores mas também prestígio universitário pela sua posição no topo da hierarquia académica. Há assim nas categorias médicas deste serviço acumulação de postos hospitalares com postos de ensino, tornando-os monopolizadores da produção e distribuição de cuidados médicos e também da produção e transmissão do saber.

Apesar de cada serviço conter responsabilidades de supervisão atribuídas ao longo da hierarquia médica, a regulação profissional é frouxa e permissiva, deixando-se aos médicos directamente ligados à prestação de cuidados a possibilidade de justificar a orientação dada a cada caso clínico, com base no conhecimento e experiência adquiridos e na medida em que sejam capazes de responder com responsabilidade pessoal pelos resultados da sua intervenção. Assim, a profissão médica que historicamente ganhou liberdade face aos processos sociais de regulação profissional, no interior da profissão, regula-se sob formas cuja efectividade não é evidente. Segundo Friedson, o problema do controle e da supervisão entre os médicos coloca-se na base da relutância que

existe em controlar o desempenho dos colegas (Friedson, 1970:93).

Logo, no quotidiano das práticas médicas, a independência ou autonomia profissional é constantemente afirmada e reafirmada, constituindo o serviço o lugar concreto onde essa autonomia se recorta objectivamente, através da organização de uma hierarquia médica autónoma e das respectivas formas de poder hierárquico e do exercício de uma linha de autoridade de tipo carismático, separada da linha de autoridade de tipo racional-legal correspondente ao nível da administração hospitalar (Gerth e Mills, 1963).

145

A natureza carismática da autoridade do médico repousa nas características dos saberes e poderes que detém na relação com a doença e fundamenta a autonomia do corpo médico relativamente à estrutura social do hospital, constituindo-se as regras e normas do comportamento da profissão como regras e normas do hospital e conformando-se os objectivos do hospital aos objectivos do corpo médico, não sem conflito sobre os fins organizacionais.

Os médicos apresentam-se como grupos de pressão no hospital, sendo a sua influência ainda mais decisiva quando ao hospital se associa uma escola de Medicina. Claudine Herzlich, a este propósito refere que:

«A posição do médico na instituição é uma posição de distanciamento e de autonomia. Parece, além disso, que ele procura menos um poder sobre o hospital do que um poder sobre o sistema médico no seu conjunto por intermédio do hospital...» (1973:49).

No recrutamento do doente como cliente hospitalar denuncia-se o sistema de relações do médico ao hospital. Os médicos admitem e distribuem doentes pelos serviços por critérios endógenos ao saber e interesse médicos.

A política médica de recrutamento de doentes apresenta aspectos diferenciais nos dois serviços, de acordo com a linha de cuidados predominante em cada um deles.

No serviço de medicina interna integrado no hospital geral a linha de cuidados é uma linha tradicional, praticada segundo o modelo clássico assistencial, de acordo com o tipo de doentes internados e a tipologia de doenças identificadas. O recrutamento dos doentes não é selectivo, como é usual neste tipo de serviços. Os doentes são admitidos sem distinção de especialidade, desempenhando o serviço um papel de triagem e descongestionamento em relação aos serviços especializados.

Para além de não ser feita a selecção de especialidades também não se admitem os doentes por critérios estritamente médicos. É o caso dos idosos com descompensações ligadas

ao estado de velhice, alcoólicos, tentativas de suicídio, entre outros. Sendo a maior parte dos doentes idosos, permanecem internados mais tempo do que é considerado desejável de acordo com as normas modernas de assistência, afectando a actividade global do serviço, que é mais solicitado a organizar-se face às necessidades sempre variáveis do seu dia-a-dia (novas admissões, altas, mudanças de terapêuticas, falta de material, envio de doentes a exames, etc.), do que a poder planificar zonas de actividades sob novos moldes organizativos e a ensaiar novas modalidades de concepção e execução de tarefas. Funciona através de sistemas de rotinas nos cuidados médicos e de enfermagem, sendo reservado apenas aos médicos detentores da direcção do serviço o papel de introdutores de mudanças.

Neste tipo de doentes a doença surge pouco diferenciada de estados cujo carácter patológico é muitas vezes incerto. Daqui resulta que o serviço não só cuida, mas acolhe e guarda, devolvendo uma dimensão de doença que não é pacificamente aceite pelo corpo médico. As atitudes predominantes face a estes doentes são a sua não aceitação como «verdadeiramente doentes», desenvolvendo um tratamento médico diferencial e remetendo-os aos cuidados de enfermagem. O trabalho médico é pouco decisivo, fundamentalmente de vigilância e de manutenção dos sinais de estabilidade vital. Para a maioria dos médicos que são já especialistas de medicina interna ou internos de especialidade, estes doentes representam «... hóspedes abusivos, inutilmente dispendiosos que se deseja ver partir e cuja morte nem sequer impressiona...» (Herzlich, 1973:49).

Porém, paralelamente a estas atitudes de rejeição, registam-se também atitudes que transformam estes casos em «verdadeiros casos de doença», operando os mecanismos dos processos de diagnóstico na conversão de estados de doença ambíguos em situações patológicas precisas. Isto corresponde ao fenómeno de sobremedicalização, onde se joga a imagem que os médicos fazem de si próprios e da qualidade da medicina que desejam praticar. Trata-se de, face ao doente típico dum serviço de medicina interna, evidenciar a doença eventualmente escondida e que justifica a sua entrada no serviço de acordo com as normas do sistema médico hospitalar.

Este segundo conjunto de atitudes corresponde à tentativa de compensação da perda de prestígio da medicina interna, dada a vulnerabilidade do seu estatuto na hierarquia hospitalar actual e na estrutura de prestígio da hierarquia médica. Não há dúvida que na ideologia profissional dos médicos, o médico de medicina interna assume a missão tradicional dum serviço hospitalar, num enquadramento de

mudança da vocação e dos objectivos do hospital moderno em que os serviços, nos quais ainda subsiste a dimensão asilar, constituem os resíduos de autênticos impérios onde reinava um «patrão», cujo poder aumentava com o número de camas. O próprio poder médico já adquiriu novas formas e o poder carismático tem cedido progressivamente lugar a formas de poder real sustentadas por novos critérios de atribuição de poder, importando menos o tamanho do serviço do que o seu equipamento, a qualidade do seu funcionamento e a sua «rentabilidade».

O serviço de medicina interna do hospital universitário recolhe as características tradicionais mas apresenta as diferenças inerentes ao seu papel face ao hospital e face à Faculdade e à maior complexidade da organização das suas actividades globais, que se repartem não só pela assistência mas também pelo ensino e pelo esboço de uma dinâmica de trabalho de pesquisa.

Há polarização da prática de medicina interna entre duas linhas de cuidados: uma linha tradicional em que a actividade do serviço preserva um carácter asilar remanescente e uma linha de cuidados que corresponde ao desenvolvimento recente das actividades médicas do serviço, no sentido da aquisição de uma determinada especialização e a organização dos respectivos cuidados intensivos. Trata-se de uma diferenciação funcional que corresponde a uma divisão sectorial e espacial do serviço.

A definição de uma vocação especializada debate-se com os constrangimentos que decorrem do facto de o serviço continuar a ser procurado pela linha tradicional de cuidados. Na resolução deste dilema reencontram-se os dois tipos de atitudes do corpo médico já analisadas. Porém, a existência de alguns processos de selecção de clientela, identifica um outro tipo de atitudes, no sentido de recusar a vocação tradicional do hospital, dar resposta à diferenciação funcional e satisfazer as expectativas de ensino e pesquisa que se associam às diferentes posições hierárquicas dos médicos nas carreiras hospitalar e académica.

A selectividade de clientela corresponde à dominância do sistema profissional sobre a instituição pois a selecção de doentes depende de uma rede de relações com médicos exteriores ao serviço (noutros serviços ou no exterior do hospital), o que Hall (1970) designou por «rede de colegas»<sup>(1)</sup>. A estratégia é de desvalorização do hospital enquanto traduzido por uma organização burocrática, face à «comunidade de médi-

---

<sup>(1)</sup> A este propósito conferir também a noção de «colleague-dependent practice» (Friedson, 1970:89).

### **Representações médicas do doente**

148

cos» que representa, em que a rede de contactos é de uma importância inestimável.

Uma das formas de enquadramento médico-social do doente no hospital foi analisada por referência ao sistema de atitudes médicas definidas face às políticas de orientação médica dos serviços. Vale a pena agora centrarmo-nos noutra forma desse enquadramento, através das representações médicas do doente.

Perante a situação de internamento, os doentes expõem um conjunto de características psicológicas, sociais e médicas, que detêm um papel importante na percepção que desenvolvem do hospital, do pessoal médico e dos processos e relações terapêuticas que o envolvem.

De acordo com os meios e razões de acesso ao hospital, com ou sem sofrimento e com ou sem elevado grau de risco; de acordo com a pertença social e as representações mentais, culturais e psicológicas que o doente tem do corpo, da saúde e da doença; de acordo com a existência ou não existência de experiências prévias de hospitalização, o chamado «passado hospitalar do doente» incorporando um sistema prévio de informações sobre o sistema médico e os circuitos hospitalares, assim se desencadeia um conjunto de reacções à doença, ao sofrimento, à hospitalização e à organização do conteúdo de um outro quotidiano, em que as características sociais são determinantes, embora inscrevendo-se sempre no terreno da história individual.

A leitura médica do universo sócio-cultural transportado pelos doentes é redutora. Elege e organiza um conjunto de atributos que lhe permite determinar uma tipologia simples de doentes que, de acordo com a designação dada por Claudine Herzlich, será constituída pelo «doente do hospital» e pelo «doente do médico» (1973:49).

O «doente do hospital» é o indivíduo isolado, cuja família não é integrada no processo de internamento como protagonista válido de negociação com o hospital. Com estatuto social inferior, ou não desenvolve nenhuma actividade (caso do doente idoso reformado ou do doente desempregado, entre outras situações possíveis), ou desenvolve uma actividade socialmente desvalorizada, independentemente da atribuição de critérios de utilidade social das profissões. Pelas próprias características destes serviços, por vezes a situação de doença é dificilmente integrável no quadro das actividades médicas.

Relativamente à relação com o sistema médico, este doente dirige-se à instituição, através da urgência ou da con-

sulta externa, na procura do sistema de cuidados que lhe é específica. Não existe uma relação pessoal com um médico da instituição visto que não exerceu qualquer controle sobre a situação que o coloca no hospital.

A responsabilidade médica face a ele é a que está definida no quadro das práticas correntes, sendo a relação de comunicação entre médico e doente escassa, hermética, centrada pelo médico no exame clínico e na prescrição terapêutica, face a um doente passivo, ansioso, receoso de fazer perguntas, na expectativa silenciosa de receber algum sinal esclarecedor da sua situação real. À partida considera-se desnecessário qualquer diálogo com o doente, por razões que assentam numa «lógica de sigilo e discreção médica», considerada benéfica à sua recuperação.

À observação directa estes doentes apresentam-se resignados, sem exigências dirigidas ao pessoal médico, dispostos a colaborar para qualquer tipo de intervenção médica ou de enfermagem e inibidos de exprimirem posições de autonomia face às condutas arregimentadas da ordem hospitalar.

O «doente do médico» detém uma posição diferencial, tanto relativamente à sua relação com a sociedade como em relação ao sistema médico hospitalar. O seu contexto exterior é importante na determinação da sua posição diferencial como doente e joga-se com o pessoal médico ao longo do período de internamento. As funções sociais que desempenha são valorizadas e daqui o cuidado de que se reveste a actuação médica na remissão da doença.

No que diz respeito à relação do doente com o sistema médico, essa posição diferencial especifica-se bastante pois este doente dirige-se ao médico e não à instituição. Aliás usam-se vários mecanismos de ultrapassagem das condições normais de internamento. Geralmente estes doentes pertencem à clientela privada do médico que sugere a entrada do doente pela urgência no dia em que a sua equipe está de banco e através dele o doente é internado; ou então o doente é portador de uma carta de recomendação do médico que o segue fora do hospital para um médico que no interior do hospital o orienta para o internamento. Este doente procura o médico e os cuidados médicos especializados de que ele é o meio de acesso. Procura assim o sistema profissional que lhe devolve a imagem do hospital como lugar de alta tecnicidade.

A responsabilidade médica é assumida como responsabilidade individual e directa e a comunicação entre o médico e o doente desenvolve-se sob outros moldes, na medida em que o doente deposita confiança no médico, sabe porque é que foi internado e ao longo do internamento é dada continuidade

ao sistema prévio de informações. O médico trata-o com mais deferência e com mais interesse e, ressaltando as zonas de interferência resultantes da organização hospitalar, a relação é gratificante para ambos.

A observação directa este doente consegue manejar a situação de internamento com mais segurança, encarando-a como uma condição provisória no tempo e no espaço hospitalar. Sendo mais informado, não deixa de ser passivo à intervenção médica, no reconhecimento do poder legítimo de quem detém o saber e na certeza de que o acto médico se reveste numa maior qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Submete-se à ordem hospitalar mas faz da hospitalização uma oportunidade de alimentar a identidade social, entregando um conteúdo valorizador às relações no hospital.

Estas duas formas de representação médica do doente não implicam a polarização em dois comportamentos típicos, correspondentes à dicotomia da representação. No plano da actuação médica intervém a dimensão do «interesse do caso clínico», aquilo que na gíria médica corresponde ao «bom caso», «o caso interessante» ou «o caso bonito», e que estabelece rupturas na dicotomia apresentada, podendo o «doente do hospital» deslizar para o «doente do médico» e transformar-se no «seu doente». Este processo de valorização do doente do hospital opera-se pela introdução da dimensão do interesse clínico/científico, desfazendo a clivagem anterior no plano da relação do doente com o sistema médico.

A problemática da representação médica do doente é anunciadora do conflito do médico entre a pertença à profissão e a pertença ao hospital, difícil de gerir dado que a primeira forma de pertença acarreta autonomia no desempenho médico e a segunda forma de pertença condiciona o desempenho médico à prossecução dos objectivos explícitos e oficiais do hospital.

As pressões sociais globais e as próprias exigências técnicas do desenvolvimento das ciências médicas solicitam que as práticas hospitalares distribuam cuidados diferenciados complexos à totalidade dos doentes admitidos no hospital. A possibilidade de o corpo médico fazer substituir a sua autonomia e concepção liberal da prática da medicina encontra na construção dos dois tipos de doentes um instrumento importante de constituição de uma clientela própria, segundo um modelo invertido de relação do médico com a clientela, pois é o médico que selecciona o cliente e não o contrário. Este processo afirma a autonomia do grupo profissional e distancia-o das exigências institucionais através da redefinição

---

do doente como objecto comum da actividade do hospital e do médico.

Percebe-se nestes serviços um fenómeno que podemos dizer que ocorre ao nível do funcionamento global do hospital e que tem a ver com a evolução do sistema técnico hospitalar: a explosão das práticas médicas «gerais», indissociavelmente ligadas à missão oficial do hospital, em práticas diversificadas e especializadas, que tendem a ocupar um espaço cada vez maior da actividade médica e da distribuição de cuidados.

Este fenómeno não deixa de ser mais pronunciado no serviço ligado ao hospital universitário, vinculando-se a uma linha de cuidados médicos especializados, traduzido na crescente incorporação de técnicas modernas de diagnóstico e tratamento e no desenvolvimento de uma unidade de cuidados intensivos em que os equipamentos de *life-saving* correspondem a um nível máximo de tecnologia médica nos processos de tratamento.

A organização do espaço físico do serviço concretiza o cruzamento dos cuidados tradicionais com os cuidados especializados e a dominância de cada um deles corresponde à divisão do serviço em sectores, com níveis desiguais de qualidade e de prestígio do trabalho médico, reconhecidos tanto no interior como no exterior do serviço.

A hierarquização interna dos sectores do serviço não deixa de seguir, embora de uma forma reduzida, o modelo da hierarquização dos serviços dentro do hospital. O grau de incorporação tecnológica no sistema de cuidados e os respectivos processos de reorganização do funcionamento dos serviços, no sentido da racionalização técnica e da especialização médica, colocam os serviços em posições diferenciais na qualidade da assistência médica prestada, na formação clínica dispensada e no grau de especialização e possibilidades de pesquisa que daí decorrem.

A conjugação destes processos transformam o conteúdo do trabalho médico, os critérios de detenção de poder hierárquico, as ideologias médicas e a própria deontologia hospitalar, modelando de forma decisiva as orientações e as estratégias médicas nos serviços, na passagem de um sistema onde prevalece uma ideologia humanista a um sistema onde prevalece uma ideologia técnico-científica de assistência.

Antoinette Chauvenet considera que relativamente às diferentes finalidades dos serviços, as orientações e estratégias médicas distinguem três grupos principais de médicos (1973:71). Nos serviços estudados não conseguimos identificar

**Medicina  
científica  
versus medi-  
cina huma-  
nista**

senão dois dos grupos classificados, por razões que têm a ver com o nível de desenvolvimento da medicina hospitalar em Portugal. De facto, nesse terceiro grupo estão integrados perfis de actividade médica, ausentes no contexto da medicina hospitalar portuguesa. É o caso dos médicos cujas actividades se centram exclusivamente na investigação em medicina, dissociando-se de qualquer intervenção clínica, e dos médicos que apenas percorrem a carreira universitária, tornando-se neste caso candidatos directos aos postos de chefia mais elevados nos serviços, através da reapreciação dos critérios de atribuição do poder, à luz das novas competências de que são introdutores. Antoinette Chauvenet integra neste grupo um outro conjunto de médicos, de serviços «semi-especializados», apostados na conciliação da massificação dos cuidados com interesses de ordem científica e dispostos, dada a posição dos serviços que ocupam, a deixar actuar a livre concorrência dos serviços e das actividades diferenciadas dentro de cada um deles, como reguladores duma hierarquização mais flexível aos seus interesses e expectativas de carreira. Na estrutura hospitalar portuguesa não é reconhecida esta categoria de serviços e, embora as respectivas orientações e estratégias médicas encontrem adeptos no corpo médico hospitalar português, não são reconhecíveis nas práticas hospitalares, como estruturadoras das posições de um grupo bem definido de médicos.

O primeiro grupo identificado é representado pelos médicos altamente colocados na hierarquia hospitalar e universitária e que imprimem ao serviço uma vocação elitista, de desenvolvimento de uma medicina de pesquisa e de organização do ensino pós-universitário.

Encontram-se representantes deste grupo no serviço universitário onde o director funciona como «patrão», assume o serviço como inscrito não só em actividades assistenciais mas fundamentalmente em actividades educacionais e de pesquisa, na perspectiva do seu desenvolvimento necessário no contexto de um hospital universitário.

Embora o serviço não possa ser globalmente considerado como especializado, existe uma linha de especialização médica definida e praticada, o que explica que nas actividades correntes do serviço, os médicos que assumem posições de chefia contrariem as solicitações normalmente feitas a um serviço de medicina interna. A própria posição privilegiada do director de serviço permite-lhe uma capacidade de negociação interna, face à Direcção Médica e ao Conselho de Gerência e externa, face à Administração Central, que lhe possibilita autonomia na concretização deste tipo de política médica do serviço.

---

O segundo grupo identificado é representado pelos médicos de vocação assistencial, para os quais o hospital e o serviço devem organizar-se para responder a procuras de natureza médico-clínica. Definem-se como «assistencialistas» e valorizam fundamentalmente os cuidados médicos à cabeceira do doente.

Encontram-se representantes do grupo de médicos com este tipo de orientação no serviço não-universitário, pela estrita vinculação aos objectivos do hospital. Mas também estão representados nalguns sectores do serviço universitário. Na recusa/receio do desenvolvimento exacerbado das especialidades médicas são os «deixados por conta» dum sistema que privilegia a especialização das funções médicas e que coloca a medicina interna como especialidade hospitalar residual.

Admitem o ensino como vector importante das actividades do serviço, mas enquadrado no que se designa como «formação clínica», integradora de elementos de formação indispensáveis a uma boa prática clínica hospitalar. O hospital é concebido como um sistema aberto, em que o tipo de medicina praticada deve ser humanista em contraste com a medicina científica, hierarquizada, em que o elemento motor não é o interesse do doente mas o interesse da pesquisa, na rentabilidade dos conhecimentos e das técnicas disponíveis. Recusa-se a ideologia técnico-científica como produtora de processos de hierarquização do corpo profissional e lesiva da boa prática da medicina humana.

Este grupo define assim um sistema de posições/oposições entre a ideologia técnico-científica, em que a dimensão «pesquisa» é dominante, e a ideologia humanista, em que a dimensão «assistencial» é dominante. A medicina científica é oposta à medicina humanista, consideradas como concepções extremas de medicina dificilmente reconciliáveis no campo da actuação das práticas médicas.

As estratégias de acção deste grupo ficam substancialmente reduzidas face ao campo estratégico de que dispõem os médicos especialistas. Não participam em instâncias de poder, demitem-se de ocupar posições-chave na política do serviço e do hospital, entregando-se ao exercício quotidiano da prática clínica «in a good bedside manner». Nas relações de força internas aos médicos hospitalares apenas podem contar com o apoio implícito e indirecto da administração hospitalar, nos esforços que desenvolve de conter a influência da fracção hegemónica do corpo médico hospitalar, na imposição de uma estrutura de cuidados que não contempla simultaneamente os interesses dos médicos e dos doentes.

A extremação destes dois entendimentos sociais das actividades hospitalares corresponde aos médicos bem colocados na hierarquia médica dos dois serviços. No entanto o grupo dos médicos ainda em carreira articulam-nos habilmente, na necessidade de estabelecerem compromissos médico-institucionais com os médicos de chefia das suas actividades.

A socialização do exercício médico está cada vez mais dependente da evolução do sistema técnico hospitalar, criando estatutos desiguais dos médicos quanto à autonomia profissional, ao poder de orientação da política hospitalar e aos meios de realização da medicina científica, determinando orientações e estratégias contraditórias no corpo médico.

No campo da definição das orientações e estratégias dominantes destaca-se o papel social do hospital universitário, na organização que lhe cabe do ensino médico, na sua articulação com outras estruturas de saúde e numa política social de distribuição de cuidados que não perca de vista a questão da igualdade social no acesso a níveis progressivos de qualidade da assistência praticada. ■

**Referências  
Bibliográficas**

- |                             |       |   |     |
|-----------------------------|-------|---|-----|
| Barnes, E.                  | 1968  | <i>Les relations humaines á l'hôpital</i> , Toulouse, Privat.   |     |
| Baszanger, I.               | 1981  | «Socialization professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes», <i>Révue Française de Sociologie</i> , XXII, 2. |     |
| Baszanger, I.               | 1983  | «La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale», <i>Sociologie du Travail</i> , n.º 3.                 | 155 |
| Chapoulie, J.               | 1973  | «Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels», <i>Révue Française de Sociologie</i> , XIV.  |     |
| Chauvenet, A.               | 1972  | «Professions hospitalières et division du travail», <i>Sociologie du Travail</i> , 13 (2), Avril-Juin.  |     |
| Chauvenet, A.               | 1973a | «La qualification en milieu hospitalier», <i>Sociologie du Travail</i> , n.º 2, Avril-Juin.   |     |
| Chauvenet, A.               | 1973b | «Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers», <i>Révue Française de Sociologie</i> , n.º spécial.                                |     |
| Coe, R.                     | 1984  | <i>Sociologia de la Medicina</i> , Madrid, Alianza Universidad, 3.ª ed. (1.ª ed. na Mc. Graw Hill, Nova Iorque, 1970).                                    |     |
| Coser, R.                   | 1962  | <i>Life in the ward</i> , East Lansing, Michigan State University Press.  |     |
| Fox, R.                     | 1975  | «Training for uncertainty» in: Cox e Mead, <i>A Sociology of Medical Practice</i> , London, Collier-Macmillan.  |     |
| Friedson, E.                | 1963  | <i>The Hospital in Modern Society</i> , London, The Free Press.   |     |
| Friedson, E.                | 1970a | <i>Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care</i> , New York, Atherton Press.   |     |
| Friedson, E.                | 1970b | <i>Profession of Medicine</i> , New York, Dodd, Mead & C.ª.   |     |
| Gerth, H.; Mills, C. (org.) | 1963  | <i>Ensaio de Sociologia</i> , Rio de Janeiro, Zahar.  |     |
| Glaser; Strauss             | 1967  | <i>The discovery of grounded theory</i> , Chicago, Aldine.  |     |
| Hall, O.                    | 1970  | «Les étapes d'une carrière médicale» in: Herzlich C., <i>Médecine, maladie et société</i> , Paris, Mouton.  |     |
| Herzlich, C.                | 1970  | <i>Médecine, maladie et société</i> , Paris, Mouton.  |     |
| Herzlich, C.                | 1972  | <i>Psychologie des relations malade-hôpital</i> , Paris, Cordes.  |     |
| Herzlich, C.                | 1973  | «Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière», <i>Révue Française de Sociologie</i> , n.º spécial.                                 |     |

Graça  
Carapinheiro

- 156
- |                                     |      |  |
|-------------------------------------|------|--|
| Huard, P.                           | 1977 | «L'hôpital comme organisation formelle» in: <i>Techniques Hospitalières, médico-sociales et sanitaires</i> , n.º 377, Février. |
| Kaufmann, A.;<br>Guilera, E.        | 1979 | «Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario» in: <i>Papers-Revista de Sociologia</i> , n.º 12.       |
| Leridon, H.                         | 1974 | «Étude de la clientèle et du champ d'attraction d'un service hospitalier», <i>Population</i> , 29 (2), Mars-Avril.             |
| Moulin, M.                          | 1981 | «Hospitalisation et vie quotidienne», <i>Micro et Macro-Sociologie du Quotidien</i> , Bruxelles, Institut de Sociologie.       |
| Rosengren;<br>Lefton                | 1969 | <i>Hospitals and Patients</i> , New York, Atherton Press.  |
| Saliba, J.                          | 1974 | «L'évolution de l'hôpital public», <i>Project</i> , (90), Paris.   |
| Thouvenin, D.                       | 1982 | <i>Le secret médical et l'information du malade</i> , Lyon, Presses Universitaires de Lyon.                                    |
| Vaggy, D.;<br>Hodgson, P.<br>(edt.) | 1985 | <i>Physicians and Hospitals: The great partnership at the crossroads</i> , Durham, N.C., Duke University Press.                |