

A ordem médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica

Marília de Toledo Almeida

Resumo Este trabalho teve como objetivo investigar a construção da identidade profissional de médico, considerando a diversidade de relações envolvidas nesse processo, em particular a relação médico-paciente, e a problemática da desumanização da medicina. Adotando como referência a noção de *habitus*, tal como formulada por Bourdieu, e as noções de identificação e de mecanismos de defesa da teoria psicanalítica, buscamos investigar os mecanismos sociais e psíquicos envolvidos na construção da identidade médica, por meio da análise do processo de internalização e exteriorização dos elementos que caracterizam o ser médico durante a formação profissional. Revelou-se a existência de mecanismos institucionais que anulam a subjetividade do aluno, desorganizam sua identidade pessoal e dele exigem condições impossíveis de ser respondidas na prática, obrigando o estudante a lançar mão de mecanismos de defesa que o impedem de viver relações saudáveis com o outro.

Palavras-chave: Educação médica. Identificação social. Estresse psicológico. Mecanismos de defesa. Poder (Psicologia).

Aprovação CEP/Unifesp nº 365/07



Marília de Toledo Almeida

Médica especialista em Saúde Mental da Infância e Adolescência, psicanalista, mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil

Il est inexact de dire seulement que la médecine dépossède le malade de sa maladie, de sa souffrance, de sa position subjective. Elle en dépossède tout autant le médecin, appelé à faire taire ses sentiments parce que l'exige le discours médical. Dans le même temps où le malade, comme individu, s'efface devant la maladie, le médecin en tant que personne s'efface aussi devant les exigences de son savoir.

Jean Clavreul, *L'ordre médical*

Tendo como ponto de partida a *desumanização* da medicina, que fundamentalmente diz respeito à relação médico-paciente, a pesquisa que antecede este artigo foi inspirada nos fundamentos da Psicanálise e da Antropologia, especialmente nas ideias acerca do conceito de alteridade¹⁻⁵. As hipóteses de pesquisa foram construídas a partir de formulações sobre as relações de

alteridade, que pressupõem a possibilidade de reconhecimento do outro como sujeito.

As críticas e debates a respeito da prática *desumana* da medicina – pela qual o paciente passa a ser visto como objeto – denotam a problemática abordada, que no marco da Antropologia corresponde ao processo de *reconhecimento*. Neste trabalho a noção de reconhecimento foi relacionada ao processo de *identificação*, tal qual definido pela psicanálise. A hipótese, então, foi a de que durante a formação médica existiriam mecanismos que poderiam levar o estudante a um processo de perda da identificação com o paciente.

De acordo com a literatura estudada, foi tomado como pressuposto que esses processos corresponderiam a mecanismos de defesa desenvolvidos com o objetivo de proteger e afastar o estudante das dificuldades frente às experiências emocionais vividas na relação com o paciente no aprendizado da medicina, a partir do momento em que começa a se identificar com o *ser médico*. Tais mecanismos poderiam torná-lo incapaz de reconhecer o paciente como um (outro) ser humano ^{6,7}.

Entretanto, sabe-se que durante a formação médica, na universidade, o contato do estudante com o paciente já acontece pré-formatado pela tradição interna à instituição: não é uma experiência livre, mas subordinada a processo transgeracional, aplicado às sucessivas turmas pelo quadro docente, ou seja, acontece dentro de um determinado campo, estando sujeita às *regras de jogo*.

Cabe trazer o conceito de *campo* que, para Bourdieu, é o espaço onde objetos sociais compartilhados são disputados por agentes investidos de saberes específicos que permitem o acesso desses agentes aos vários lugares deste espaço ⁸. Sustenta esse conceito a ideia de que toda a interação social em torno de um objeto de conhecimento não é neutra, mas socialmente demarcada. A partir desses pressupostos, tomou-se como referência a noção de *habitus* daquele autor, que corresponde ao conjunto de práticas e valores relativos a um campo específico, conjunto este socialmente construído e que perpassa a subjetividade individual ⁸.

Portanto, este trabalho teve como objetivo investigar os mecanismos sociais e psíquicos, ou seja, as formas manifestas no indivíduo e na sociedade, que envolvem o processo de construção da identidade médica por meio da análise do processo de internalização e exteriorização dos elementos que caracterizam o *ser médico*, ou, de acordo com a definição de Bourdieu, o *habitus* médico.

Método

O fenômeno estudado nesta pesquisa diz respeito a processos relativos à dinâmica emocional dos indivíduos, bem como a elementos que, conforme o referencial teórico utilizado, são internalizados pelos indivíduos mediante processos relacionais de maneira inconsciente e involuntária. Para avaliá-lo, portanto, fez-se necessária a escolha de metodologia de pesquisa que permitisse a realização de análise que fosse além da leitura do con-

creto manifesto objetivamente, evidenciando significados. Dado este caráter compreensivo e interpretativo intrínseco ao fenômeno estudado, optou-se pela utilização da metodologia qualitativa, comum às pesquisas na área das Ciências Humanas.

Segundo Laplantine², a Antropologia constitui o campo que fundamenta o processo científico do *pensamento do homem sobre o homem*. Tal como pretendido neste estudo, as técnicas de pesquisa oriundas da antropologia proporcionam uma abordagem integrativa, que leva em consideração as múltiplas dimensões do homem em sociedade.

Em *Argonautas do Pacífico Ocidental*, Malinowski⁹ ressalta que para compreender uma sociedade deve-se estudá-la *in loco*, ou seja, observar seu funcionamento, no momento e como este se dá. Por meio desta abordagem é possível observar o comportamento manifesto na relação entre os sujeitos observados. Assim, o *trabalho de campo* ou *pesquisa de campo* constitui o modo de coleta de dados para a reflexão do antropólogo a respeito de seu objeto de estudo.

Ainda segundo o autor, a técnica etnográfica de *observação participante* propicia ao pesquisador conhecimento em profundidade do outro e ocorre mediante a participação em sua existência. A etnografia apoia-se e se viabiliza no contato intersubjetivo entre o “objeto” e o pesquisador, que se ocupa de uma análise dialética que evidencia elementos reveladores. Deste modo, optou-se pela utilização de técnicas etnográficas de pesquisa, elegendo

como instrumentos a observação participante e as entrevistas abertas a partir de roteiros previamente definidos.

Sujeitos e espaço da pesquisa

A pesquisa foi realizada entre os alunos do curso de Medicina de uma universidade pública do Estado de São Paulo, reconhecido como um dos melhores do país. Todo o trabalho de observação, assim como as entrevistas, foi efetivado em diferentes espaços do campus da universidade, tais como o hospital universitário, as entidades estudantis, anfiteatros, laboratórios etc. Foram sujeitos da pesquisa alunos de todos os anos da graduação em medicina da universidade onde foi realizado o estudo, bem como médicos recém-formados por essa universidade e professores e preceptores de seu curso de graduação em medicina. A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009, com trabalho de campo desenvolvido em diferentes momentos durante estes três anos. Todo o trabalho de observação foi realizado pela própria pesquisadora, médica formada na universidade em questão.

As técnicas da pesquisa

Observação

O trabalho de campo foi iniciado por meio da observação das atividades dos alunos de graduação de medicina durante o primeiro ano, momento do contato inicial com a nova estrutura social que a universidade oferece, e seu processo de adaptação a este novo universo. Os *caburos* foram acompanhados em

diferentes atividades do primeiro semestre do ano letivo, desde o dia da matrícula na universidade. A seguir, durante dois semestres consecutivos, foram acompanhados os alunos do terceiro e quarto anos, momento do início do contato com o paciente, em atividades práticas e teóricas desenvolvidas conjuntamente ou acompanhadas e supervisionadas por professores ou profissionais médicos, bem como momentos de discussão dessas atividades (aulas de Psicologia Médica). Estes momentos foram escolhidos porque nas hipóteses deste trabalho tomou-se como suposição que as possíveis tensões relacionadas às questões identificatórias surgiriam a partir do contato com o paciente no início do aprendizado da prática clínica. O transcorrer dessas atividades, sobretudo no hospital, permitiu também o contato com alunos de outros anos do curso, e com os residentes e professores.

O desenvolver destas atividades permitiu entender como se dá o ingresso na formação profissional e o contato com o paciente, o que possibilitou a definição dos sujeitos a serem entrevistados, seguindo a orientação sobre o lugar da observação participante no método etnográfico.

Entrevistas

A partir do estudo dos dados da observação, foram definidos os sujeitos a serem entrevistados. Foram selecionados aqueles alunos e professores cujas falas traziam elementos significativos relacionados à *desumanização da medicina* e ao contato com o paciente, tais como críticas, dificuldades,

dúvidas. A observação dos aspectos não verbais – expressões de medo, incômodo etc. –, bem como das atitudes de alunos, médicos e residentes com os pacientes e entre si, também serviram como critério para a seleção.

Os alunos de medicina entrevistados estavam cursando os seguintes períodos do curso: quatro do primeiro ano (dois por sexo); seis do terceiro ano (três por sexo); três do quarto ano (dois alunos e uma aluna); seis do quinto ano (quatro alunas e dois alunos); dois do sexto ano (um de cada sexo). Também foram entrevistados dois médicos recém-formados, uma médica residente em Psiquiatria e um médico de equipe de Saúde da Família; e dois professores da disciplina de Semiologia do terceiro ano (um de cada sexo).

Nas entrevistas com os alunos e médicos recém-formados foram abordados temas referentes à visão do entrevistado sobre valores, atributos e expectativas relacionados à profissão médica, ao processo de escolha da profissão, de entrada e adaptação ao ambiente universitário, às relações dentro da universidade, à formação profissional e ao contato com o paciente. Com pertinência aos professores, o objetivo principal das entrevistas foi tentar entender sua compreensão a respeito das necessidades do aluno em seu primeiro contato com a prática; de que maneira preparam os alunos para a ida ao hospital e de que maneira trabalham as questões trazidas pelos mesmos.

As entrevistas foram realizadas em locais e horários previamente estabelecidos, após a lei-

tura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Durante todo o trabalho de campo foi utilizado um “diário de campo”, onde foram registrados não somente os aspectos e falas observados, mas também os aspectos não verbais, aspectos esses de fundamental importância para esta análise, bem como as impressões e pensamentos surgidos durante o processo de trabalho.

O número de entrevistas contemplou a diversidade dos sujeitos e o ponto de saturação dos dados foi definido quando se considerou que haviam sido obtidas respostas satisfatórias para as questões propostas no estudo, dentro dos procedimentos que caracterizam a pesquisa qualitativa ^{10,11}.

Análise dos resultados

O tratamento do material foi realizado conforme o procedimento comum ao tratamento de dados obtidos na pesquisa clínico-qualitativa ¹². Com o material obtido inteiramente transcrito, teve início a análise dos dados a partir de uma primeira leitura que visou a identificação de pontos relacionados às questões levantadas com base na fundamentação teórica e hipótese inicial da pesquisa: a *desumanização da medicina* e o contato com o paciente.

A seguir, foi realizada uma segunda leitura de forma livre, a fim de abrir espaço para que surgissem novas questões norteadoras ou novas hipóteses, não previstas no dese-

lho inicial da pesquisa. Efetivamente, novos temas se destacaram.

Tais elementos foram então agrupados em eixos temáticos e submetidos a uma primeira análise, a partir do referencial teórico inicialmente utilizado e de novas referências bibliográficas. Esta primeira fase do estudo permitiu a identificação dos principais mecanismos institucionais atuantes durante o processo de formação do médico na universidade, referentes aos quais foram construídas categorias analíticas: i) Hierarquização; ii) Indiferenciação; iii) Exigência do saber absoluto.

Uma terceira leitura foi então realizada com vistas a identificar todos os pontos a elas relacionados. Finalmente, o material foi organizado e novamente analisado e interpretado segundo os pressupostos teóricos identificados no processo.

Interpretação do estudo

De acordo com Durkheim em *apud* de Setton ¹³, a interiorização das disposições sociais decorre do processo de socialização a que os indivíduos estão submetidos. Com efeito, o processo de socialização aos quais os estudantes são submetidos na faculdade de medicina, evidenciados durante a realização da pesquisa, permitiram inferências sobre sua relação com características peculiares da instituição médica.

Muitos dos mecanismos de defesa desenvolvidos pelos alunos, ao contrário do que

se havia pressuposto, parecem estar relacionados justamente a estes processos, ou aos mecanismos institucionais implícitos na formação médica e não exclusivamente a angústias despertadas na relação com os pacientes, como questões relacionadas à morte, à doença etc. – como apontam alguns estudos ^{6,7}. As dificuldades advindas dessas experiências com o doente podem encontrar espaço para elaboração se o estudante não se encontrar tomado, em absoluto, pelas exigências e expectativas da instituição, introjetadas em sua socialização.

À medicina como instituição atribui-se poder sobre a vida e a morte. Dela advém o conhecimento socialmente reconhecido a respeito do homem, do funcionamento do corpo, da etiologia das doenças e de seus respectivos controles. Culturalmente, o poder da cura é atribuído à medicina não num sentido técnico e científico, mas religioso, absoluto. Nesse enfoque, a medicina ocupa um *status de ordem* ¹⁴.

O poder desta instituição é atribuído simbolicamente ao médico, uma vez que este se encontra legitimado como seu representante. Entretanto, na prática, verifica-se que não é possível reproduzir este poder ou controle que a medicina representa, por seu caráter absoluto, na prática profissional cotidiana. Esta atribuição simbólica de direitos e poderes é conferida, sobretudo, por meio dos *ritos de instituição* ¹⁵.

Os ritos de instituição correspondem ao instituto de uma identidade, de uma essência

social. A instituição consagra um estado de coisas e sanciona uma ordem estabelecida, determinando uma diferença que é dada a conhecer (pelo instituído) e reconhecer (pelos outros) enquanto diferença social. Mais do que estabelecer uma condição, os ritos de instituição estabelecem também a separação – grande parte das vezes traduzida em *status* ou poder – entre os iniciados e aqueles que nunca virão a ocupar este lugar ¹⁵: estabelecem uma inclusão e, simultaneamente, uma exclusão.

A maior violência e intensidade dos trotes nas faculdades de medicina revelam características peculiares a esta ordem e seus membros: efetivamente, como pudemos perceber nas falas dos alunos durante a pesquisa, o trote, por meio de violência, medo e submissão, institui relações hierárquicas ou de poder, anunciando o que constitui o universo no qual o estudante está ingressando. Assim como o trote, os ritos de iniciação fazem uso, em todas as sociedades, de um sofrimento infligido ao corpo, tratado então como memória. Quanto mais severo e doloroso for o sofrimento imposto, mais fortemente aquele que passa pelo ritual adere à instituição que o impõe. Mais que um ritual iniciático, o trote na faculdade de medicina corresponde a um *rito de instituição*.

Segundo Bourdieu ¹⁵, o ato de instituição, mediante um efeito de *atribuição estatutária*, obriga ou faz com que o sujeito sintase impelido a permanecer ou estar conforme sua definição (instituída). Os ritos de instituição estabelecem *fronteiras mágicas* que impedem aqueles que estão no interior de

sair. Diz Bourdieu: *É também uma das funções do ato de instituição: desencorajar, de forma duradoura, a tentação da passagem, da transgressão, da deserção, da demissão* ¹⁶.

Para Bourdieu, o rito de instituição concede, além de uma identidade, uma competência. Impõe um *deito de ser* que, ao mesmo tempo, é um *dever ser* e consagra ou legitima a passagem para o grupo instituído – neste caso, a *ordem médica*. Efetivamente, um estudo realizado em âmbito nacional pela Fundação Carlos Chagas, em 2007, mostrou que o curso de medicina apresenta a média mais baixa de evasão anual (apenas 4%). Esta média, de acordo com o estudo, é muito inferior aos cursos subsequentes de menores taxas ¹⁷.

Como ordem, a medicina possui um discurso. De acordo com Foucault ¹⁸, *discurso* significa um conjunto de enunciados que se apoiam em uma mesma formação discursiva ou unidade temática e que apresentam unidade lógica capaz de se opor a outro discurso, ou seja, a outro conjunto de enunciados apoiados num mesmo tema. Os discursos formam-se tanto pela enunciação como pela observação que regula e disciplina verdades reconhecidas ou admitidas em face deste conjunto de enunciados ¹⁸.

Ainda segundo o autor, o discurso é delimitado e possui certas condições de funcionamento que são cumpridas por meio de exigências impostas aos indivíduos. É justamente o cumprimento dessas exigências que seleciona aqueles que podem ter acesso

a determinado discurso e a estes determina propriedades singulares e papéis preestabelecidos. Segundo Foucault, alguns mecanismos asseguram o discurso impondo aos indivíduos estas exigências, além de funcionarem como barreiras no acesso ao discurso.

Entre as exigências que necessitam ser cumpridas para a apropriação do discurso, está o *“saber tudo”*, termo explícito na fala de alunos e docentes. Os alunos são absorvidos e englobados pela exigência desse *saber*, cujo foco está no aprendizado técnico, que permite responder a esta exigência. Ao serem questionados a respeito de suas maiores dificuldades ou preocupações, todos os alunos referiram-se ao *“medo de não saber tudo”*.

Para Foucault, a medicina caracteriza-se por *disciplina* [que] *se define por um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos* ¹⁹. *Saber tudo* diz respeito justamente ao domínio desses métodos, proposições, técnicas e instrumentos e, sobretudo, do objeto da medicina, a doença ¹⁴, e se impõe como exigência não somente para a apropriação do discurso, mas para uma suposta proteção contra a falha na luta contra este objeto.

A exigência do saber absoluto, que caracteriza o discurso da medicina, leva o estudante a uma sensação de incapacidade e frustração. Em função disso, os estudantes tentam ultrapassar seus limites em busca da compensação deste algo que sempre está faltando e que é impossível de completar, mas que a ordem exige. O saber passa a

ser o principal parâmetro consciente que rege esta diferenciação – de estudante a médico.

Desta forma, apesar de instituído como representante da ordem médica, o discurso do médico diferencia-se do discurso da medicina. Enquanto o da medicina postula um saber absoluto, o do médico é permeado pela tensão entre o poder, que confere a si mesmo ao reconhecer-se legitimamente instituído, e pela impotência, que o toma diante da impossibilidade de responder a esta exigência.

A permanência nesse lugar de conflito entre poder e impotência é potencialmente *adocedora* para o aluno. Para defender-se da angústia decorrente dessa situação, pode lançar mão de mecanismos de defesa, isolando-se em uma crença onipotente, negando e desafiando suas características e necessidades humanas. Esta formulação nos permite compreender situações comuns à atividade do médico, como períodos intermináveis de plantões que se somam a diferentes empregos, bem como a insistência na realização de procedimentos heroicos em situações-limite, por exemplo.

Os mecanismos institucionais que atuam sobre os processos de socialização do estudante de medicina durante a graduação parecem atuar no sentido de anular os elementos subjetivos e a individualidade do aluno, para que este se molde, o mais fielmente possível, a uma figura de médico que corporifique a medicina. Não há espaço para a manutenção ou desenvolvimento das características individuais ou para a singularidade do aluno. A criatividade, as diferenças, a inovação atrapalham e ameaçam as

características atribuídas a esta figura, que se pretende absoluta.

Nesse sentido, mecanismos diversos, chamados neste trabalho de mecanismos de *indiferenciação*, impõem uma homogeneização ou massificação aos alunos, atacando suas singularidades, inibindo seus elementos subjetivos, coibindo seus recursos individuais e violentando suas identidades pessoais. Os alunos sentem-se obrigados a partilhar as mesmas experiências, dividir espaços delimitados. Têm suas atividades direcionadas e restringidas, sua criatividade e liberdade de pensar e agir cerceadas, assim como são impostas características de gostos e estilos. Deste modo, o aluno tem imposta uma identidade que violenta, anula ou se contrapõe à sua identidade pessoal – o que lhe provoca angústia e confusão.

A rígida hierarquia da universidade, evidenciada desde o início desta pesquisa, parece estar relacionada tanto à questão do saber como aos mecanismos de indiferenciação. O sistema de promoção dentro das categorias hierárquicas dá-se mediante julgamento de competências (do *saber*) e do pertencimento aos espaços e lugares sociais delimitados. Os mecanismos de defesa que impedem o aluno de viver uma relação sadia com o outro parecem advir das experiências vividas a partir do contato com estes mecanismos institucionais que envolvem o processo de formação da identidade profissional médica, tais como a imposição das relações de poder associado à hierarquia, a indiferenciação e a exigência de um saber absoluto.

Estudo realizado pela aplicação do teste diagnóstico de Rorschach em alunos do terceiro e quarto anos do curso de medicina confirma essas conclusões ao revelar importantes dificuldades nos relacionamentos interpessoais dos mesmos, bem como *dificuldades na autoafirmação e sensação de fracasso na utilização de valores próprios* ²⁰. As dificuldades no relacionamento interpessoal aparentemente associam-se à *dificuldade em apreciar o outro em sua totalidade* ²⁰. As reações afetivas identificadas na análise do teste diagnóstico mostraram-se *predominantemente egocêntricas, impulsivas e explosivas* ²⁰. Ainda segundo este estudo, *prevalecem construções emocionais resultantes de fantasias infantis interferindo no desenvolvimento de papéis adequados à convivência social, bloqueando a capacidade de autoafirmação* ²⁰. Os alunos ainda demonstraram *instabilidade da atenção, percepção subjetiva e julgamento parcial dos fatos* ²⁰.

A formação médica se estabelece na negação da subjetividade do estudante e sua transformação em objeto de uma instância superior, tendo sua subjetividade desrespeitada e, muitas vezes, anulada por meio da imposição de elementos relativos a esta instância: a *medicina*. Na figura do médico, o indivíduo passa a reproduzir simbolicamente, ou representar, a instituição médica, não havendo espaço, nem permissão, para a manifestação de sua singularidade. Na prática, esta representação ocorre pelo *discurso médico*.

Este estudo, portanto, aponta para a conclusão de que a construção da identidade médica dá-se pela imposição e internaliza-

ção de mecanismos institucionais e subjetivos relacionados à *dimensão social que esta representa*, e não pelo desenvolvimento de elementos, capacidades e potencialidades próprios do estudante. A exigência do saber e a impossibilidade do *ser eu* inviabilizam o desenvolvimento do contato entre o aluno/médico e o paciente como relação, ou seja, os mecanismos institucionais atuantes durante a formação médica suprimem a experiência do estudante como sujeito nesta relação.

A partir do estudo dos fenômenos sociais em Mauss ³, Lévi-Strauss ⁴ e Bourdieu ^{8,15}, Miceli, em *apud* de Bourdieu, afirma: (...) *a nenhum grupo é dada a possibilidade de enxergar o caráter arbitrário de ordem social sob pena de ultrapassar os limites e as oposições significantes que delimitam sua operação. A única exceção, (...) seria o "desviante", capaz de pôr em questão e relativar as regras sociais vigentes ao nortear seu comportamento e sua práxis por uma lógica radicalmente outra e estranha àquela prevalente no interior do grupo* ²¹.

Ao longo deste trabalho, por meio de falas e movimentos, mesmo frágeis e insinuados, evidenciou-se a possibilidade, por parte tanto de médicos como de alunos, de contornar ou enfrentar estes mecanismos institucionais, cujas finalidades são manter na medicina a ordem social a que Miceli se refere. Da mesma forma, também se pode observar que o *percurso emocional* daqueles que se tornam *desviantes* é tangenciado pelo desamparo, sensação de exclusão e impotência. A este enfrentamento, portanto, subsiste um intenso sofrimento psíquico.

Considerações finais

A realidade observada nesta pesquisa demonstra que não é simplesmente a fragmentação do conhecimento⁶ que provoca a anulação ou estabelece obstáculos ao estabelecimento de relações de alteridade entre médico e paciente. O que traz mais impacto neste quadro é a fragmentação da identidade pessoal do estudante de medicina e do médico (bem como do paciente), subjacente ao ensino da medicina, que tem por conducente o discurso médico ou a valorização do saber biomédico²².

Assim, não ocorrerão efetivas mudanças na estrutura curricular do ensino médico mediante quaisquer metodologias que se apre-

sentem, por melhores, bem fundamentadas ou bem intencionadas sejam. Se não discutirem e trabalharem no sentido de modificar profundamente, ou melhor, radicalmente, as práticas institucionais traduzidas no *discurso médico*, seus resultados serão – inevitavelmente – pífios ou nulos.

São necessárias, portanto, propostas de ensino que abram espaço para o entendimento da medicina na articulação de suas dimensões subjetiva e social. Apenas essa compreensão profunda possibilita legitimar a discussão das dificuldades relacionadas à articulação dessas dimensões, no que concerne ao lugar do médico em formação, permitindo que este se torne habilitado a cuidar de si e do outro.

Resumen

La orden médica y el desorden del sujeto en la formación de la identidad profesional médica

Este trabajo investiga la construcción de la identidad profesional del médico, teniendo en cuenta la gama de relaciones involucradas en este proceso, en particular entre el médico y el paciente dentro del tema de la deshumanización de la medicina. Teniendo como referencia la noción de *habitus*, formulada por el sociólogo Pierre Bourdieu, y las nociones de identificación y mecanismos de defensa de la teoría psicoanalítica, trata de investigar los mecanismos sociales y psíquicos que participan en la construcción de la identidad del médico, a través de un análisis del proceso de internalización y externalización de los elementos que caracterizan lo que significa ser médico durante la formación profesional en medicina. Se ha revelado la existencia de mecanismos institucionales que anulan la subjetividad del estudiante, configuran su identidad personal, y requieren condiciones imposibles de poner en práctica. Estos mecanismos obligan al alumno a recurrir a mecanismos de defensa que les impiden la formación de relaciones saludables.

Palabras-clave: Educación médica. Identificación social. Estrés psicológico. Mecanismos de defensa. Poder (Psicología).

Abstract

The medical order and the subject's disorder in medical professional training

This paper aimed at analyzing the construction of medical professional identity, considering the diversity of relationships involved in this process, (in particular, that between the doctor and the) especially the physician-patient, and the dehumanization of medicine problematic. Adopting the notion of habitus as reference, as formulated by Pierre Bourdieu, and the notions of identification and defense mechanisms of psychoanalytical theory, one seeks to investigate the social and psychic mechanisms involved in the construction of the doctor's identity, through an analysis of the internalization process and externalization of the elements that characterize being a doctor, during the professional training. It was revealed the existence of institutional mechanisms that annihilate student's subjectivity, disorganize their personal identity, and requiring conditions that are impossible to put into practice, forcing the student to make use of defense mechanisms preventing them from experiencing healthy relationships with the other.

Key words: Education, medical. Social identification. Stress, psychological. Defense mechanisms. Power (Psychology).

Referências

1. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
2. Laplantine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense; 2005.
3. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosacnaify; 2005.
4. Lévi-Strauss C. Tristes trópicos. São Paulo: Anhembi; 1956.
5. Todorov T. A conquista da América: a questão do outro. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
6. Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. Bioética. 2002;10(2):89-106.
7. De Marco MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
8. Bourdieu P. Razões práticas. Campinas: Papirus; 1996.
9. Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural; 1976.
10. Becker H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
12. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

13. Setton MGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Rev Bras Educ. mai/jun/jul 2002;(20):60-70.
14. Clavreul J. L'ordre médical. Paris: Éditions Du Seuil; 1978.
15. Bourdieu P. O que falar quer dizer: a economia das trocas linguísticas. Portugal: Difel; 1998.
16. Bourdieu P. Op. cit.;1998. p.116.
17. Silva Filho RLL, Motejunas PR, Hipólito O, Lobo MBCM. A evasão no ensino superior brasileiro. Cad Pesqui. set/dez 2007;37(132):641-59.
18. Foucault M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
19. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 1996. p. 30.
20. Rossetto MAC, Skawinski LSR, Coelho ACP, Rossetto Jr. JÁ, Bolla K. Avaliação das características psicológicas dos estudantes de medicina por meio do método de Rorschach: Psikhe. jul/dez 2000;5(2):41-51. p. 49-50.
21. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 2004. p. xxvii.
22. Camargo Jr., Kenneth R. A biomedicina. Physis (Rio J). 1997;7(1):45-69.

Recebido: 7.9.11

Aprovado: 10.11.11

Aprovação final: 17.11.11

Contato

Marília de Toledo Almeida – mariliadetoledo@gmail.com

Rua Dr. Diogo de Faria, 929, aptº 151, Vila Clementino CEP 04037-003. São Paulo/SP, Brasil.