



Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica

Kátia Ovídia José de Souza
Renata Fabiana Pegoraro

Resumo: Esta pesquisa tem como objetivo discutir, com fundamentação teórica na Psicologia Analítica de C. G. Jung, as concepções de médicos e psicólogos sobre o processo saúde-doença e a formação do profissional para atuar em contexto hospitalar. A partir de uma pesquisa em campo qualitativa-descritiva, este estudo propõe ouvir a experiência de seis profissionais de saúde sobre sua atuação em hospital geral no Município do Rio de Janeiro, as influências e repercussões da assistência em saúde baseada no modelo biomédico e se há uma abertura para uma assistência em saúde baseada no modelo biopsicossocial. Portanto, a partir deste estudo, pretende-se corroborar com a inserção do modelo biopsicossocial na área da saúde, a compreensão do Ser Humano na sua integralidade, física, psíquica e social.

Palavras-chave: relacionamento médico-paciente, modelo biopsicossocial, psicologia analítica.

Conceptions of health professionals on humanization in hospitals: Reflections from the Analytical Psychology

Abstract: This research aims to discuss with the theoretical study of the Analytical Psychology of C. G. Jung, the concepts of doctors and psychologists on the health-disease who work at public hospital. From a qualitative research in field-descriptive, this study suggests listen to the experience of six health professionals on its performance in general hospital in Rio de Janeiro, the influences and impacts of health care based on the biomedical model and if there is an opening for a health care based on the biopsychosocial model. Therefore, from this study, it is intended to support the integration of the biopsychosocial model in health, understanding of the human being in its entirety, physical, mental and social.

Keywords: doctor-patient relationship, biopsychosocial model, analytical psychology.

Introdução

Na década de 1950 teve início no Brasil a prática da psicologia dentro do hospital geral, que apenas na década de 1960 seria regulamentada (Romano, 1999). Ainda que de forma tímida, a atuação do psicólogo hospitalar vem ganhando, aos poucos, maior espaço em nosso meio. O psicólogo hospitalar valoriza a relação que o paciente estabelece com o médico, a família, com si mesmo, além de buscar compreender como o paciente se posiciona frente ao adoecimento, à hospitalização e repercussões emocionais que emergem durante este processo. A psicologia hospitalar tornou preponderante sua atuação como agente contribuinte de mudanças, principalmente no que tange às transformações da atuação do profissional de saúde pautada pelo paradigma biomédico – focado nos aspectos orgânicos – em direção a uma visão biopsicossocial, com a valorização da compreensão do sujeito na sua totalidade.

Contudo, o modelo biopsicossocial ao tentar penetrar no imaginário dos cuidados em saúde esbarra na estruturação científica e empírica da racionalidade médica, no modelo



biomédico, que valoriza acentuadamente o orgânico. Neste modelo, os investimentos no humano são realizados não por meio do diálogo e da valorização do exame clínico; essa interação foi em maior ou menor grau substituída pela tecnologia, da qual o profissional de saúde tornou-se dependente, e que denota uma forma de pensar pelo viés do paradigma biomédico, que compreende a necessidade do homem receber cuidado apenas quando doente e que nomeia como bom médico aquele que prescreve vários remédios e pede uma longa lista de exames, muitas vezes sem ao menos ouvir o desejo e a dor do paciente, ou suas condições financeiras para arcar com tal tratamento.

Diferentemente do biomédico (De Marco, 2006), o modelo biopsicossocial, que sustenta a prática do psicólogo hospitalar, proporciona a escuta do paciente em suas dimensões física, psíquica e social. Quem é esse paciente, de onde ele vem, qual é a sua história? São questões de extrema relevância. Parte-se da premissa que é preciso saber ouvir para saber cuidar, e que é necessário atender o paciente com vistas à promoção de saúde e não apenas para medicalizar a sua dor física. Essa proposta de atenção biopsicossocial adotada pela psicologia hospitalar pode também ser denominada como holística, por compreender o paciente além de uma soma de suas partes, ou seja, como um “todo” que precisa de cuidados, em sua integralidade. As práticas de cuidado ao ser humano compreendido em sua integralidade, à compreensão de sua subjetividade e autonomia frente à vida e ao tratamento não pode ser dissociada das políticas de humanização em saúde, tão discutidas na atualidade em nosso meio.

A necessidade de um modelo biopsicossocial, da forma como o definimos aqui, não é, no entanto, recente. A partir de uma leitura baseada nos estudos do médico psiquiatra Carl Gustav Jung (1875/1961), publicados ao longo da primeira metade do século XX, é possível identificar que, àquela época, Jung já apresentava uma visão integral do Ser Humano. A partir desta constatação buscou-se resgatar a visão da psicologia analítica de Jung, pois entendermos contribuir para a reflexão sobre a prática profissional em saúde no contexto hospitalar.

A partir do que foi anteriormente exposto, definimos como objetivo deste artigo discutir, com fundamentação na Psicologia Analítica de C. G. Jung, as concepções de médicos e psicólogos sobre o processo saúde-doença e a formação do profissional para atuar em contexto hospitalar.

A humanização em saúde no contexto hospitalar

A atuação dos profissionais de saúde baseada em um modelo assistencial cuja concepção de saúde equivaleria à ausência de doença com ênfase nos sintomas, nos aspectos físicos, sem um olhar voltado para a promoção da saúde, para a valorização da dimensão subjetiva, singular e social do paciente na prática do cuidado (Ferreira, 2005; Oliveira, Collet & Viera, 2006) serviu como base para a criação de políticas de humanização em saúde através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde – PNHAH (Brasil, 2001).

O PNHAH (Brasil, 2001) tem como objetivo promover mudança da cultura no atendimento prestado em serviços de saúde, através da implantação de novos modos de ser e de fazer, amparados pelo respeito à vida e pelo ser humano autônomo e digno. As ações integradas propostas pelo Programa foram gestadas a partir de queixas dos usuários do

Sistema Único de Saúde sobre maus tratos recebidos em serviços de saúde e seu intento é melhorar a qualidade do serviço oferecido, ao agregar ética à eficiência técnico-científica, ao respeitar as singularidades do usuário e também do profissional.

A Política Nacional de Humanização tem como alguns objetivos: a) a valorização da dimensão subjetiva e social dos diferentes sujeitos implicado no processo de produção da saúde: usuários, profissionais de saúde e gestores; b) mudança na cultura do atendimento e gestão vigente no hospital, melhorando sua qualidade e eficácia, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; c) capacitar os profissionais de saúde dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; d) estabelecimento de vínculos solidários, princípios e valores, como: solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários; e) identificação das necessidades sociais da saúde; f) melhoria das condições de trabalho para os profissionais e de atendimento para os usuários (Brasil, 2001).

Segundo Deslandes (2004), a política de humanização tem sido aplicada em projetos voltados para a humanização do parto, direitos reprodutivos das mulheres e atendimento de bebês de baixo peso internados em UTI, como aqueles que adotam o Método Canguru. Essa política de assistência visa melhorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade. A autora (2004, p. 8) faz uma provocação sobre a questão da humanização e estranha: “O que designa humanizar? Subentende-se que a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos?”. Responde Deslandes que o termo “humanização” valoriza a qualidade do cuidado, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e o diálogo. Os significados associados à humanização opõem-se à violência, como antítese do diálogo e negação da pessoa do paciente.

Ferreira (2005) e Oliveira, Collet e Viera (2006) relatam que o motivo da criação dessa política de humanização deve-se à ênfase demasiada na técnica, do que decorre a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões sociais e subjetivas apresentadas pelos pacientes, o que acarreta em uma fragilidade da atenção em saúde. Para Gomes, Paiva, Valdés, Frota e Albuquerque (2008), a política de humanização do SUS baseia-se no pressuposto da produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis, históricos e sociais. Neste contexto, a saúde não estaria limitada aos sintomas físicos, e a humanização representaria uma busca por uma perspectiva multifatorial, de ordem política, social, psicológica e cultural.

Costa (2004) destaca a integralidade nos cuidados em saúde, e opõe-se a dependência do paciente ao médico. A autonomia do sujeito que recorre ao atendimento médico representa uma prática necessária, pois estar sob tratamento de um médico não implica estar sob suas ordens ou determinações. Para a autora, tratar significa cuidar e dialogar, e não apenas medicalizar, nem tampouco o excesso de intervencionismo sobre os corpos através de exames. Para isso, como destaca Hoga (2004), é necessário o autoconhecimento do profissional de saúde, constitui-se duas vias: o preparo técnico-científico e humanístico, principalmente o humanístico com a valorização da dimensão subjetiva do profissional de saúde e seus pacientes.

Em síntese, a política de humanização teria como foco: o atendimento com qualidade, vínculos solidários; trabalho em equipe dos profissionais de saúde; fortalecimento do



controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; melhoria das condições de trabalho e valorização do profissional de saúde; ampliação do processo de comunicação e diálogo, em vez de reduzir as palavras dos pacientes para preencher anamneses, numa troca desigual; produzir uma nova cultura de atendimento. E tem como um de seus maiores desafios, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção em saúde.

Mota, Martins e Veras (2006) discutem o papel dos profissionais de saúde na humanização em contexto hospitalar ao destacar a necessidade de envolvimento em processos educativos, treinamentos e intervenções que tornem a experiência de internação do paciente mais confortável. Além disso, incluem os trabalhadores voluntários como parte importante neste processo e destacam a necessidade de formar profissionais de saúde cientes desta nova cultura de atendimento, de modo que a operacionalização desta e de outras políticas públicas em saúde sejam aplicadas não apenas aos equipamentos assistenciais existentes, mas a toda a rede hospitalar, ou seja, de forma transversal.

Os profissionais entrevistados por Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) classificaram a humanização como capacidade de compreensão e cuidado do paciente, o que só poderia ser atingido com a integração da equipe e a melhora na comunicação entre os profissionais, ou seja, a humanização da equipe é condição prévia para a humanização do atendimento ao paciente.

O modelo da Psicologia Analítica sobre saúde/doença

Podemos dizer que a visão de saúde e doença da Psicologia Analítica de Jung constitui-se tendo como “fio de Ariadne” o modelo biopsicossocial e a importância da escuta da pessoa doente. A respeito da interação médico-paciente Jung assinalou (1961/2000, p. 121) que: “O fato é que enquanto ser humano, encontro-me diante de um outro ser humano. A análise é um diálogo que tem necessidade de dois interlocutores. O analista e o doente se encontram, face a face, olhos nos olhos. O médico tem alguma coisa a dizer, mas o doente também”.

Para a Psicologia Analítica, a distinção mente e corpo é artificial, pois a partir do corpo é possível realizar inferências sobre a constituição da *psychè* e a partir desta, inferir sobre as características corporais (Ramos, 2006). Os distúrbios orgânicos, sob este ponto-de-vista, seriam uma regressão primitiva no relacionamento corpo-mente, expressão simbólica da perturbação no eixo Ego-Self. O paciente orgânico codificaria seu conflito no sistema somático. Para Dethlefsen e Dahlke (1996b) as polaridades saúde-doença são expulsas do útero da realidade como aspectos gêmeos de uma só e mesma unidade.

A doença seria apenas um símbolo, cuja tradução só seria possível considerando o homem na sua totalidade, pois para Jung (1972) a psique e a matéria podem ser considerados como diferentes aspectos de uma mesma e única coisa. Ramos (2006) comenta que toda e qualquer doença tem uma expressão no corpo e na psique simultaneamente. O que leva um paciente a procurar um médico ou psicólogo nos nossos dias é o grau de sofrimento em uma polaridade, no corpo ou na psique, o que reforça a velha dissociação mente-corpo.

Para a compreensão do processo saúde-doença na Psicologia Analítica é importante lançar mão de um mito grego que, segundo Groesbeck (1975), retrata a relação entre o profissional de saúde e o seu paciente, o Mito do Curador Ferido, Quirão ou Centauro Tutor de Asclépio, Deus da medicina.

Os mitos representam a manifestação do poder sagrado, tornando-se o modelo exemplar de todas as atividades humanas significativas, e, segundo a Psicologia Analítica, os mitos são fenômenos psíquicos que revelam a própria natureza da psique. Eles resultariam da tendência incoercível do inconsciente para projetar as ocorrências internas, que se desdobram no seu íntimo, sobre os fenômenos do mundo exterior, traduzindo-as em imagens (Silveira, 2001).

Para Brandão (2005), o mito expressa o mundo e a realidade humana, cuja essência é uma representação coletiva. E quando se pretende explicar o mundo e o homem, ou seja, a complexidade do real, o mito não pode ser lógico, ao contrário, é ilógico e irracional. Sua importância reside em que: [...] “mito é – ou foi, até recentemente – “vivo” no sentido de que fornece os modelos para a conduta humana, conferindo, por isso mesmo, significação e valor à existência. Compreender a estrutura e a função dos mitos nas sociedades tradicionais não significa apenas elucidar uma etapa na história do pensamento humano, mas também compreender melhor uma categoria dos nossos contemporâneos” (Eliade, 1972, p. 8).

Passemos aqui a um breve relato sobre o Mito do Curador Ferido, Quirão, do grego *Kheiron*, possivelmente uma abreviatura de *Kheirurgós*, cujo significado seria “que trabalha ou age com as mãos”, um cirurgião (Brandão, 2005).

Na mitologia grega, Quirão era um centauro, em parte divino e parte animal. Rejeitado pela mãe, horrorizada com sua aparência, e abandonado pelo pai, foi acolhido e educado pelos gêmeos Apolo e Ártemis e recebeu deles os ensinamentos que o tornaram um grande sábio, sendo conhecedor desde as propriedades medicinais das ervas, com as quais praticava a cura, até educador para muitos filhos de deuses e mortais. Acidentalmente ferido na coxa, por um de seus alunos, com uma seta envenenada, Quirão não morreu, por ser um imortal, mas sofreu terrivelmente, até que através de um pacto com Prometeu, renunciou à sua imortalidade e, em seguida, foi transformado por Zeus na constelação do Centauro, em reconhecimento às suas muitas realizações positivas e, desta posição elevada pode ser uma inspiração visível para toda a humanidade. Sua ferida jamais se cura e, ironicamente, adquire maior poder de curar os outros quanto mais tenta aliviar sua própria dor. Desta forma, Quirão representa o arquétipo do curador ferido.

Ao analisar o mito, sugere Groesbeck (1975), que em cada momento em que um ser humano adoece o arquétipo “médico/ paciente” é ativado: ainda que se procure um médico, ajuda externa, o “médico interior” do doente também seria mobilizado. E, ainda que a ajuda externa seja de extrema competência, isso não seria o bastante para o tratamento e a possível cura, sem a participação do “médico interior do paciente”, ou seja, a participação ativa do paciente em seu próprio tratamento.



Método

Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida e, após sua aprovação pela resolução nº 61/06 em 17 de novembro de 2006, procedeu-se à coleta dos dados, mediante a permissão do participante e assinatura do “Termo de Compromisso Livre e Esclarecido”. Os nomes dos participantes foram alterados de forma a se garantir o sigilo quanto à sua identidade.

Tipo de estudo, instrumento de coleta de dados e critério de seleção dos participantes

Trata-se de uma pesquisa qualitativa-descritiva, desenvolvida através de entrevistas e aplicação de questionários, realizados a partir de tópicos preestabelecidos (roteiro semiestruturado) que buscavam compreender: a relação do profissional de saúde e seus pacientes e características deste relacionamento nos dias atuais. O roteiro de entrevista foi composto por duas partes, a saber:

A) Dados de identificação do entrevistado: idade, profissão, titulação, experiência profissional em instituição hospitalar.

B) Tópicos: a) descrição da relação profissional-paciente observada em contexto hospitalar: de que forma ocorre atualmente, atuação do profissional na promoção de cura, aspectos positivos e limitações desta relação; b) aspectos do profissional de saúde que interferem na relação profissional-paciente; c) formação acadêmica de médicos e psicólogos e os modelos biomédico/psicossocial; d) cuidado em contexto hospitalar e as contribuições da Psicologia Analítica.

A pesquisa foi realizada entre novembro e dezembro de 2006 com seis profissionais da área da saúde com experiência em hospital geral, sendo 3 psicólogos e 3 médicos, todos com experiência de mais de 15 anos em sua profissão e conhecimentos em psicologia analítica.

Como critério de inclusão de participantes foi utilizada a “amostragem por bola-de-neve”, definida por Turato (2003) como um dos principais modos de construção de amostra em estudos qualitativos. Segundo o autor, o pesquisador realiza uma primeira entrevista com um sujeito que possa fornecer informações sobre os tópicos de seu interesse e o entrevistado indica outros indivíduos que possam também fornecer informações para o estudo. Cada entrevistador indica, por sua vez, possíveis entrevistados e a coleta é encerrada no momento em que nenhuma nova informação é obtida a partir dos relatos.

Análise de dados

As entrevistas gravadas foram literalmente transcritas e juntamente com os questionários, foram digitadas. Utilizamos siglas para expressar a forma de coleta de dados, E para entrevistas e Q para questionário, acompanhando o nome escolhido para representar cada participante. Deste modo, quando grafamos “Alan, médico-Q”, temos um profissional do sexo masculino, médico, cuja participação deu-se através de resposta ao questionário.

Procedeu-se, em seguida, à análise temática de todo o material. O passo inicial foi a leitura de cada entrevista/ questionário em separado, depois de todo o material em conjunto e, por fim, foram realizadas várias leituras sucessivas. Essa série de leituras permitiu a identificação dos diferentes temas abordados pelos participantes (Biasoli-Alves & Dias da Silva, 1992) que, ao serem agrupados, deram origem às categorias de análise, a saber: a) Formação do profissional de saúde segundo modelo biomédico; b) Emoções e atitudes dos profissionais de saúde frente ao adoecer; c) Necessidade de compreensão do paciente em sua totalidade.

Resultados

A – Caracterização dos entrevistados

A idade dos entrevistados variou de 44 a 67 anos, sendo 5 mulheres e apenas um homem. O tempo de exercício profissional dos médicos e psicólogos entrevistados em hospitais gerais variou de 16 a 35 anos, sendo a atuação voltada para o setor público do Município e Estado do Rio de Janeiro. Os psicólogos possuíam títulos de mestres e pós-doutor e os médicos possuíam mais tempo de atuação (entre 25 e 35 anos).

B – Concepções dos profissionais de saúde

Para os entrevistados, a formação do profissional de saúde torna-se de grande relevância à medida que conduz o aluno na constituição de sua visão de mundo profissional, a forma como irá utilizar todo o seu arsenal teórico diante de seus pacientes. Durante estes anos de formação, múltiplos aspectos irão influenciar os jovens profissionais, principalmente, o condicionamento do aluno ao paradigma biomédico, que reforça a ênfase no corpo-doença e a onipotência do profissional de saúde.

Condicionamento do aluno ao paradigma biomédico

Os profissionais de saúde que contribuíram com esta pesquisa destacaram, em seus depoimentos, a predominância do paradigma biomédico na formação do estudante de medicina. Os conhecimentos acadêmicos, os investimentos teóricos e práticos fundamentais no modelo organicista ao atendimento do paciente centralizado na instância biológica, com os quais o aluno toma contato durante sua formação, parte deste modelo organicista, contribuem para a perpetuação do modelo biomédico:

“No caso do estudante de medicina, desde cedo ele recebe treinamento (condicionamento) para lidar com o trinômio: doença – exame complementar de laboratório – remédio. A pessoa que está doente, não é citada como pessoa e sim, como o caso que representa. Esse é o modo objetivo e prático de passar as informações entre médicos, dissociado da pessoa. Entretanto, no momento das entrevistas, o paciente será tratado por seu nome próprio ou pelo título Sr. ou Sra. Alguns médicos conseguem memorizar o nome do paciente. Os aspectos negativos que isso talvez acarrete são: indiferença ou frieza profissional com a pessoa doente, prescrição de exames cruentos ou caros, prescrição de medicamentos potencialmente tóxicos ou caros, aprisionamento do profissional num sistema teórico de curas com o ‘fechamento de sua mente’ para outros prováveis processos, maior credibilidade em estatísticas (nem todas oriundas de fontes confiáveis)” (Alan, médico- Q).



Ênfase no corpo/ doença

Baseado na dicotomia corpo e mente, o paradigma biomédico não permite a compreensão do Ser Humano na sua totalidade. Para o profissional de saúde em concordância com este modelo de pensamento, seria mais importante investigar a patologia física, sem a consideração de aspectos psíquicos possivelmente relacionados aos aspectos biológicos:

“É uma visão que dicotomiza o ser humano em corpo e mente. Investe-se mais no conhecimento da doença e se descuida da parte psicológica” (Sofia, médica pediatra-Q).

“Existe na verdade um fundo orgânico do problema emocional e um problema emocional do problema orgânico, ou seja, o médico precisa aceitar que ele é uma pessoa inteira, porque se não ele só vai atender apenas a instância biológica” (Cassandra, psicóloga-E).

Assim, a patologia aparece como algo concreto (físico), do ponto-de-vista de médicos e enfermeiros e de um ponto-de-vista mais abstrato ou psíquico para profissões como a psicologia:

“Com algo mais abstrato, a psicologia, mas o médico e os enfermeiros lidam com algo que é muito concreto, o enfermeiro e o médico estão cuidando de um paciente que tenha uma ferida física realmente, do sintoma” (Camille, psicóloga e enfermeira-E).

Implicações do paradigma biomédico: a formação médica como contribuição para a onipotência e o poder

O modelo biomédico contribuiria para uma valorização da onipotência do profissional de saúde, aderindo à sua carne uma Persona, detentora do poder de curar, como colocam as entrevistadas Sofia e Camille:

“Talvez a própria formação médica contribua para a onipotência do médico, levando-o a cada vez mais se preocupar com o conhecimento teórico-técnico, distanciando-o da relação mais humanizada com seu paciente” (Sofia, médica-Q).

“Então se eu capaz de curar a doença eu me sinto muito onipotente, então nós temos o profissional de saúde, algumas pessoas que se sentem, realmente bastante onipotente” (Camille, psicóloga e enfermeira-E).

Assim, a formação acadêmica do médico deixaria uma lacuna no que tange ao ensino de como lidar com o Ser Humano. O vínculo terapêutico não estaria fundamentado no equilíbrio, em que o profissional de saúde e o paciente são dois Seres Humanos com ansiedades, medos e impotência diante de certas situações. A balança estaria, assim, inclinada a um sistema disfuncional, pela ênfase em sinais e sintomas em detrimento do sentido que a doença tem para o indivíduo:

“Formação dos profissionais de saúde que é muito mais calcada no modelo biomédico e esse modelo biomédico está muito mais preocupada com os sinais e sintomas, a doença, do que com o significado disso, o sentido que tem para a pessoa, do que com a pessoa do ponto de vista psicossocial. Está muito mais do ponto de vista físico biológico” (Camille, psicóloga e enfermeira-E).

“A formação do profissional de saúde valoriza o conhecimento e os instrumentos para lidar com a doença e o coloca na posição de detentor do poder; com raríssimas exceções ensina-lhe a lidar com seres humanos, a serem eles mesmos humanos, com ansiedade, medos e impotência diante de certas situações” (Madalena, psicóloga-Q).

A formação do aluno estaria direcionada para “partes” do Ser Humano, especializações cada vez mais isoladas, constituindo uma formação inserida no campo das ciências da saúde, mas cuja atuação se aproximaria das ciências exatas, por estar pautada em estatísticas e escalas de produtividade, subsidiada mais por estudos quantitativos do que qualitativos:

“Os nossos hospitais gerais são setorizados por especialidades, onde cada especialista cuida de um órgão e ou sistema disfuncional, distribuem as pessoas por ‘doenças’, dissecam o paciente, tratam isoladamente da parte e esquecem-se do todo da pessoa que adoece” (Madalena, psicóloga-Q).

Esta lacuna, possivelmente, poderia ser preenchida quando a formação do profissional de saúde envolvesse tanto o ensino técnico e objetivo como também um ensino de habilidades interpessoais, formas de relacionamento profissional de saúde-paciente mais voltada para uma compreensão biopsicossocial:

“Os profissionais de saúde são formados tecnicamente bem, se forem colocados numa faculdade boa, para exercer tecnicamente com competência a sua profissão, mas não basta competência técnica, tem que ter competência humana, e a competência humana ela vai viver das relações interpessoais, as faculdades não têm a preocupação com esta formação, passam outros valores, mas não tem uma grande preocupação com essa formação, que é ensinar habilidades interpessoais, é necessário re-pensar, é necessário compreender que habilidades interpessoais, elas podem e devem ser ensinadas também nos cursos de formação desses profissionais” (Camille, psicóloga e enfermeira-E).

Infelizmente, a preocupação com a formação acadêmica médica é de outra ordem, da ordem técnica. Neste momento, o psicólogo hospitalar teria uma vantagem em relação às outras formações, podendo até ajudar os outros colegas da área de saúde nesta compreensão biopsicossocial. No entanto, a atenção deve ser direcionada não só para os novos profissionais, mas também para aqueles que já estão no mercado de trabalho:

“Nós temos que ficar preocupados também com quem já está no mercado de trabalho, o que fazer com esses profissionais que já estão nas instituições de saúde, eu acho que a gente tem um papel importante aí, ajudando essas pessoas nesta compreensão psicossocial, que o paciente denuncia” (Camille, psicóloga e enfermeira-E).

Falsa dicotomia mente e corpo/ matéria e energia

A doença tem um lado físico e um lado psíquico, ambos são perfis de uma mesma unidade. Portanto, a separação mente-corpo constitui uma pseudo-dicotomia. Cassandra, uma entrevistada, expõe que o modelo cartesiano:

“É uma maneira que realmente torna a pessoa um objeto, não só a pessoa, mas partes da pessoa, e quando ela vai para uma cirurgia, procura clinicamente ou uma terapia, são facetas diferentes de uma mesma unidade, ou seja, um é energia e o outro é matéria, um é uma manifestação psíquica, o outro é uma manifestação física, a gente tem

que pensar não somente mente e corpo como duas manifestações diferentes, são instâncias de realidades diferentes, mas é a mesma manifestação” (Cassandra, psicóloga- E).

Cura

Como consequência da mudança do paradigma biomédico para um modelo onde ocorra integração biopsicossocial, haveria uma modificação na forma como os profissionais de saúde concebem o processo de cura. O vínculo profissional-paciente seria parte importante no processo para a cura:

“A cura, segundo meu ponto de vista, ocorre quando a Natureza dá sua chancela ao ato profissional que facilitou e promoveu a cura do corpo e da mente. A Medicina, a rigor, não dita as regras para a obtenção e manutenção da saúde e sim, descobre as regras que a Natureza dita e recomenda o acatamento dessas regras pela clientela” (Alan, médico-Q).

“Não há que se valorizar em excesso o material físico e sim o material humano dos quais as pessoas do médico e do paciente fazem parte. Há que se estabelecer o vínculo, despertando em cada um sua parte curadora, sua possibilidade de lutar com a patologia e ter condições de vida melhores” (Madalena, psicóloga- E).

Sensibilização dos novos alunos de medicina

Atualmente, vários são os profissionais atentos para que sua prática não implique em segregação da unidade corpo e mente. A Psicologia Hospitalar seria o carro- chefe para esta mudança de paradigma, no entanto este movimento envolve também outras profissões, como a medicina. Expõe a entrevistada Cassandra:

“A relação médico-paciente, está começando a sensibilizar, mas é uma coisa que dá trabalho, e nas dores do mundo, a gente sabe que hoje em dia as coisas mais rápidas e mais eficazes elas são valorizadas. Mas isso está acontecendo, dentro da psicologia, os alunos estão mais sensibilizados pelo ideal de que há uma interação muito forte entre o corpo e a mente, que não dá para fazer uma coisa separada da outra, que é fundamental isso não só na psicologia, eu diria até na medicina, eu diria a visão de mundo do Ser Humano. Infelizmente, a filosofia bem dada, agradável, adequada no curso de medicina é difícil também” (Cassandra, psicóloga- E).

No entanto, lembra a entrevistada Sofia:

“Não podemos esquecer, também, que apesar da mesma formação acadêmica recebida alguns profissionais médicos trazem em si uma visão ampla e total do ser humano e isso faz a grande diferença ao tratar com e do paciente” (Sofia, médica-Q).

Discussão

Segundo os participantes da pesquisa a relação profissional de saúde-paciente deve ter como base o que é proposta pela literatura como modelo biopsicossocial não somente por compreender o paciente na sua totalidade, mas por sua amplitude permitir incluir como agentes deste modelo todos os profissionais que formam o sistema hospitalar como figuras importantes e fundamentais no ato do cuidado de outro Ser Humano. Não desmerecendo



a importância do médico no atendimento iminente, principalmente nas emergências dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, onde é preciso agilidade e objetividade, o sistema hospitalar precisaria ser regido numa orquestra onde todos os instrumentos, os profissionais de saúde, poderiam tocar em consonância e com a mesma qualidade e valor no despertar das notas musicais para composição da ópera da vida e da morte.

Em relação ao modelo biomédico, Traverso- Yopez (2004, p. 82) relata que é preciso: “Superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição de ‘receitas’”.

Caprara e Rodrigues (2004) reforçam esse pensamento ao dizer que este seria o desafio para a biomedicina do século XXI. A nova imagem do profissional de saúde estaria vinculada, neste novo modelo, a um relacionamento concebido na sua totalidade biopsicossocial.

Outro aspecto lembrado pelos participantes da pesquisa, foi a educação do profissional de saúde. Koifman (2001) discute, justamente, a reformulação do currículo do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense. Destaca, dentre outros pontos, a crítica ao modelo curricular adotado anteriormente pela ênfase dada à doença (e não à saúde), o uso predominante de situações fictícias nas salas de aula e em atividades executadas em laboratório que terminam por contribuir para um conhecimento fragmentado e sem interdisciplinaridade, ênfase no conteúdo das disciplinas e não na aprendizagem “real” que o aluno obtém ao longo do curso, prejuízo na formação integral do profissional em virtude da valorização excessiva da especialização.

A autora ainda ressalta a necessidade de que o aluno conheça a população ou comunidade alvo de cuidados desde o início do seu curso, de modo a “ter mais condições de assimilar os conteúdos teóricos, na perspectiva da compreensão do ser humano em sua totalidade e não mais dividido em partes, como acontecia com o tipo de formação anterior” (Koifman, 2001, p. 69). Esse entrelaçamento entre teoria e prática permitiria que o aluno adotasse uma postura mais ética no contato com o paciente e, além disso, que se sentisse melhor preparado para o enfrentamento de dificuldades que surgem no dia a dia da atuação profissional.

Através da reformulação na educação do profissional de saúde, segundo os participantes da pesquisa, é possível obter uma prática dentro do modelo da humanização. Benevides e Passos (2005) defendem que a humanização seja compreendida não como um princípio, mas como política e, deste modo, não faz sentido que seja uma proposta compatimentalizada, uma experiência analisada a partir de ações isoladas em diferentes setores da saúde, como a humanização do parto ou no setor de emergência, mas como proposta concreta de mudança nas práticas de saúde. Completam os autores que “Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (Benevides & Passos, 2005, p. 392). Para sustentar essa mudança é preciso entender que são inseparáveis os processos de cuidar e de gestão desse cuidado, pois “não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação” (p. 392).



Atendendo a perspectiva dos participantes da pesquisa, De Marco (2006) demonstra como a introdução do modelo biopsicossocial cresce no contexto da assistência em saúde, os alunos de graduação seriam o alvo e os agentes desta transformação, o veículo de ação impulsionando uma mudança estrutural curricular embasada no modelo biopsicossocial. A proposta dos entrevistados desta pesquisa retrata e aponta esse movimento, para alguns uma visão otimista, mais os investimentos são necessários, partindo do princípio que através do modelo biopsicossocial há a escuta da pessoa doente, essa ação de ouvir e cuidar prepara o campo para um relacionamento profissional de saúde e paciente baseado na potência de saúde, criadora e criativa da vida.

Portanto, constitui-se um início de uma prática assistencial em saúde pautada sob a ótica do modelo biopsicossocial. Essa visão já faz parte da forma como a psicologia analítica concebe o Ser Humano. Mello e Damião (2002, p. 182), em seus estudos sobre psicologia analítica, deixam transparecer sua visão sobre a inexistência de uma dicotomia mente-corpo: [...] “a psique e a matéria estão encerradas em um só e mesmo mundo e, além disto, se acham permanentemente em contato entre si e, em última análise, se assentam em fatores transcendentais e irrepresentáveis, a matéria e a psique, que sejam dois aspectos diferentes de uma só e mesma coisa”.

Mello e Damião (2002) descrevem bem essa perspectiva junguiana ao apontar que a energia física e psíquica são duas faces de uma mesma realidade, e quando uma é enfatizada em detrimento da outra, haveria a unilateralidade psíquica, a personalidade seria dissociada e cristalizada.

Dentre as várias demonstrações de sua postura de valorização da totalidade do Ser Humano, Jung nomeia o Self como o centro da personalidade total que não se restringe ao físico e nem ao psíquico, mas parte de uma totalidade onde há “uma teia imensa onde tudo está enovelado” (Mello & Damião, 2002, p. 183).

Jung (1944a/1994) também demonstra essa postura através de seus estudos alquímicos, sobre o modo como os alquimistas faziam está união corpo e mente, ou seja, matéria e energia. Segundo Jung (1944b/ 1994, p. 254): “O opus alquímico não concerne em geral unicamente aos experimentos químicos, mas a algo semelhante aos processos psíquicos, expresso numa linguagem pseudoquímica”.

Para Jung (1944b/1994), o que os alquimistas praticavam não era a química comum, no seu laboratório com cadinho e alambiques. A infusão que realizavam era projeção de seus conteúdos psíquicos na matéria. Os alquimistas operavam em si próprios a grande obra, isto é, o processo de individuação, simbolizado na busca pela pedra filosofal e o elixir da vida longa. Os seus experimentos, portanto, seriam metáforas da sua transformação pessoal.

Na mitologia grega, como apontado anteriormente, Groesbeck (1975) registra o Mito do Curador Ferido, que retrata a relação entre o profissional de saúde e paciente. Usando esse mito como referência, Guggenbuhl- Craig (2004) reflete sobre a busca do paciente por alguém que o cure. O profissional de saúde vai ao encontro do paciente com todo o seu conhecimento teórico e prático. O paciente ativa o seu próprio curador interno, porém não integrado na sua consciência, precisando ser projetado na imagem no profissional de saúde. Entretanto, esta relação não supre todos os requisitos para o tratamento do paciente, pois a verdadeira possibilidade terapêutica só se torna viável



quando o paciente entra em contato com seu curador interno e dele recebe ajuda. Para que isso ocorra as projeções na imagem do profissional de saúde devem ser recolhidas pelo paciente, em um segundo momento. Senão, na hipótese das projeções serem mantidas, o profissional de saúde pode ficar cristalizado apenas na polaridade de curador e o arquétipo do curador interno do paciente fica desconectado.

Esse mito retrata a participação do paciente em seu próprio tratamento, com a experiência do despertar do arquétipo do curador ferido aumentaria a consciência do paciente em seu tratamento, melhorando sua adesão e o vínculo terapêutico fundamentais ao tratamento. O profissional de saúde não assume uma responsabilidade só para si, ele serve de guia externo para o curador interno do paciente. O paciente pede emprestado a força curadora do profissional de saúde e ativa a sua própria energia e potência, carregada energeticamente passa a fazer parte ativamente no processo terapêutico. E o profissional de saúde ativa seu lado ferido, reconhecendo que só num trabalho conjunto de escuta com o paciente o vínculo terapêutico se estabelece nesta relação, sendo de principal importância ao tratamento.

Considerações finais

Algumas formações dos profissionais de saúde têm como alicerce o paradigma biomédico, o qual influencia toda uma forma de pensar conjugada à prática cartesiana. Deste modo, os alunos e seus professores conhecem apenas como possibilidade viável à prática medicamentosa do corpo. Todavia, o trabalho a ser realizado implica na sensibilização de novos alunos, arar a terra e semear o novo paradigma, onde o paciente seja compreendido na sua totalidade biopsicossocial.

Esta pesquisa visou reunir duas abordagens da psicologia, ou seja, a Psicologia Analítica e a Psicologia Hospitalar. À primeira vista, estas duas abordagens não teriam uma interseção comum, habitual. No entanto, o que tentamos demonstrar nesta pesquisa é que o modelo da Psicologia Analítica tem muito a contribuir junto com a Psicologia Hospitalar, que adentrou ao hospital justamente com o objetivo de compreender os pacientes na sua totalidade. A Psicologia Analítica poderia ser vista como mais uma ferramenta para a ação da Psicologia Hospitalar, ainda mais na atualidade, em que há uma demanda pela modificação do paradigma biomédico para uma visão do Ser Humano compreendido na sua totalidade. É justamente neste ponto que torna incisiva a teoria junguiana, pois Jung, no começo do Século XX, já trabalhava com esse modelo holístico, ele entendia que era impossível o trabalho apenas com o corpo, o somático, sem o trabalho articulado com a psique e o contexto histórico-cultural e simbólico onde o sujeito está inserido.

Portanto, trata-se de uma modificação na visão de mundo dos profissionais de saúde consolidando uma proposta aparentemente “nova”, porém já antiga nos alicerces do modelo junguiano, e que há poucas décadas a psicologia hospitalar oferta ao âmbito hospitalar. Essa seria a tentativa de contribuição desta pesquisa, em primeiro lugar a compreensão de que deveria ser inevitável a manutenção do modelo biomédico e a necessidade de reestruturação do currículo na formação dos profissionais de saúde, com a modificação do paradigma biomédico para o biopsicossocial.

Jung nunca deixou de ouvir as civilizações antepassadas e nem de ouvir os seus pacientes na sua totalidade. Através desta pesquisa fica mais evidente que essa carência da atualidade precisa ser suprida, pois o âmbito hospitalar, os pacientes precisam de profissionais de saúde que saibam ouvi-los na sua totalidade, sendo ela, biológica, psíquica, social e espiritual, proporcionando um resgate da pessoa não enquanto objeto de práticas curativas, mas enquanto sujeito portador tanto da doença, mas muito mais de saúde.

Referências

- Backes, D.S., Lunardi Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola da Enfermagem- USP*, 40(1), 221-27.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005) Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-406.
- Biasoli- Alves, Z. M. M. & Dias- da- Silva, M. H. G. F. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia: Cadernos de Educação*, 2, 61-69.
- Brandão, J. S. (2005). O mito de Apolo: Epidauro e o oráculo de Delfos. Em: J. S. Brandão (Org.), *Mitologia grega*, (vol. II, pp. 83-113). Petrópolis: Vozes.
- Brasil (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Secretária de assistência à saúde, Ministério da Saúde.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139- 146.
- Costa, A. M. (2004). Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 5-15.
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60- 72.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.
- Dethlefsen, T., & Dahlke, R. (1996a). A doença e os sintomas. Em: T. Dethlefsen & R. Dahlke (Orgs.), *A doença como caminho* (pp. 11-21). São Paulo: Cultrix.
- Dethlefsen, T., & Dahlke, R. (1996b). Polaridade e unidade. Em: T. Dethlefsen & R. Dahlke (Orgs.), *A doença como caminho* (pp. 21-41). São Paulo: Cultrix.
- Eliade, M. (1972). A estrutura dos mitos. Em: M. Eliade (Org.), *Mito e Realidade* (pp. 7-25). São Paulo: Perspectiva.
- Ferreira, J. (2005). O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 111-18.
- Gomes, A. M. A., Paiva, E. S., Valdés, M. T. M., Frota, M. A., & Albuquerque, C. M. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 143-52.
- Groesbeck, C. J. (1975). The archetype of the wounded- healer. *Journal of analytical psychology*, 20, 72-96.
- Guggenbuhl- Graig, A. (2004). *O abuso do poder na psicoterapia*. São Paulo: Paulus.
- Hoga, L. A. K. (2004). A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 38(1), 13-20.

- Jung, C. G. (1994a). Os conceitos básicos da alquimia. Em: C. G. Jung (Org.), *Psicologia e alquimia* (pp. 239-254). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1944).
- Jung, C. G. (1994b). A natureza psíquica da obra alquímica. Em: C. G. Jung (Org.), *Psicologia e alquimia* (pp.254-299). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1944).
- Jung, C. G. (1972). *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press. (Originalmente publicado entre 1912 a 1952).
- Jung, C. G. (2000). *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 1961).
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 8(1), 48-70.
- Mello, E. C. C., & Damião Jr., M. (2002). Reflexões sobre os fundamentos da relação entre matéria e psiquismo: uma abordagem epistemológica da teoria junguiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 54(2), 178-189.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M., & Véras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N., & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 277-84.
- Ramos, D. G. (2006). *A psique do corpo*. São Paulo: Summus.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira, N. (2001). *Jung: vida & obra*. São Paulo: Paz e Terra.
- Traverso-Yepez, M., & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 80- 88.
- Turato, E. R. (2003). Decidindo quais indivíduos estudar. Em: E. R. Turato (Org.), *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (pp. 351-368). Petrópolis: Vozes.

Recebido em março de 2008

Aprovado em fevereiro de 2009

Kátia Ovídia José de Souza: psicóloga, mestranda em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ).

Renata Fabiana Pegoraro: psicóloga, mestre e doutora em Psicologia (USP);
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO.