SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

A PSICOLOGIA MÉDICA E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

GUSTAVO CORRÉA MATTA
Novembro/1996

Nº 138
A PSICOLOGIA MÉDICA E AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

Gustavo Córrea Matta

Resumo - Este trabalho pretende estudar as relações entre o discurso psicanalítico e o discurso médico, através de disciplina teórico-técnica denominada Psicologia Médica, com o objetivo de mostrar que, apesar de afirmar o contrário, é caracterizada basicamente pela causalidade psicológica em oposição à causalidade biológica da medicina frente às doenças e às práticas médicas, excluindo os registros político, antropológico, social e cultural, fundamentais na constituição do campo da saúde.

Abstract - This paper is an attempt to study the relationship between psychoanalytical and medical discourses through the analysis of the theoretical-technical discipline named Medical Psychology. The main objective of the study is to demonstrate that, although denying it, Medical Psychology is characterized by the adoption of a logic of psychogenic causation of diseases, as an opposition to the biomedical conceptions of "organic" (i.e. biological) causality, excluding the political, anthropological, social and cultural dimensions from health knowledge and practice.

"A civilização é algo que é imposto a uma minoria que compreendeu como se apoderar dos meios de potência e coerção."

S. Freud

* Este artigo é uma versão modificada da monografia apresentada como trabalho final do Curso de Especialização em Psicologia Médica, FCM/UE RJ. Agradeço o permanente incentivo e colaboração de meu orientador, Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr., e as práticas e sugestões do Prof. Ruben Araujo de Mattos e da Psicóloga Elaine Carroli. Psicólogo, Especialista em Psicologia Médica, Mestrando em Saúde Coletiva IMS/UE RJ, Prof. do Depto. de Psicologia da FAMATH.

I. Introdução

A Psicanálise, ao longo de sua história, produziu questões que de certa forma escapavam à especificidade de seu discurso, arriscando-se à indagação de outros campos empíricos como a antropologia, a sociologia e a literatura. Tais exemplos\textsuperscript{2} podem ser encontrados na chamada “Psicanálise Aplicada”, supondo a diferenciação de uma “Psicanálise Pura”. Esta diferenciação deu margem a uma série de investigações interpretativas e técnicas que usam como referência a teoria psicanalítica.

Seguindo este mesmo percurso, o desenvolvimento da chamada Medicina Psicosomática, a partir inicialmente de GRODDECK, e depois de alguns representantes da Escola Psicanalítica de Chicago, ALEXANDER e DUNBAR\textsuperscript{3}, pretende uma reaproximação da relação da Psicanálise com a medicina. Este ideal cientificista, abandonado desde “A Interpretação dos Sonhos”, marcará positivamente este discurso a partir da causalidade psíquica das doenças do corpo, abrindo um campo de interpretação e intervenção para a Psicanálise na medicina, e consequentemente, nos hospitais. Em outras palavras, a doença não possuiria apenas uma etiologia orgânica, inscrita de forma visível na anatomia do corpo, mas também, e especialmente em algumas patologias somáticas como a úlcera gástrica, a asma brônquica e a hipertensão arterial,\textsuperscript{4} uma etiologia psicológica, tornando a doença orgânica um síntoma manifesto de um conflito psíquico inconsciente em estado latente.

Neste momento parece se produzir a instauração da demanda psicológica, a partir principalmente dos conceitos de inconsciente, de conflito psíquico e de defesa\textsuperscript{5}, no interior das instituições médicas.

A inserção da prática psicanalítica, no que até então era domínio exclusivo do médico e da medicina, visava principalmente a uma “revolução” na visão médica, não só do ponto de vista etiológico, mas também ético. Mas a introdução de uma nova causalidade não chega a criar modificações no que chamamos de racionalidade médica. Desde então um novo projeto de reformulação desta racionalidade é empreendido, agora através de BALINT\textsuperscript{6} e PERESTRELLO\textsuperscript{7}, nos anos 50, que a partir de uma visão “dinâmica”\textsuperscript{8} da psicanálise, esperam influir no objeto privilegiado da ação terapêutica, que é a relação médico-paciente. O objetivo é ressaltar a importância psicológica das inter-relações, a partir dos conceitos de transferência e contra-transferência, em oposição à dimensão biológica da doença e do adoecer. Este projeto conduz a um desdobramento ético, onde a não percepção da relação médico-paciente seria o principal responsável pelas iatrogenias\textsuperscript{9} na prática médica. Através da criação da cadeira de Psicologia Médica na graduação em medicina pretende-se prevenir e até mesmo dissipar estas iatrogenias no interior de suas origens: a formação médica.

Demarcado o campo, até onde nossas leituras e experiências apontam, é instituída a pesquisa e a atuação do profissional “psi” na área de saúde\textsuperscript{10}, até então de domínio exclusivo - e excludente - do saber médico. Médicos, psiquiatras, psicanalistas e psicólogos disputam o mercado de trabalho através de disciplinas que procuram diferenciar suas especificidades.

\textsuperscript{2} Na obra freudiana podemos citar alguns exemplos como Totem e Tabu, O Mal-Estar na Civilização e Gradiva de Jenson.
\textsuperscript{3} JEAMMET, 1938 e MELLO FILHO, 1982.
\textsuperscript{4} MELLO FILHO, J. (1988).
\textsuperscript{5} MELLO FILHO, 1988.
\textsuperscript{6} BALINT, M (1975).
\textsuperscript{7} PERESTRELLO, D. (1968).
\textsuperscript{8} Derivado de psicodinâmica, no sentido de atribuir ao sintoma e à relação terapêutica atributos psicológicos característicos da teoria e da experiência psicanalíticas.
\textsuperscript{9} A noção de iatrogenia é introduzida aqui no sentido da “criação de sintomas patológicos e de doenças pelo próprio médico e sua atuação.” JEAMMET, P. et al. (1988) p. 365
\textsuperscript{10} Esta delimitação só pode ser considerada válida no contexto do presente trabalho, ou seja, na atuação do profissional de saúde mental no Hospital Geral, na assistência a pacientes não- psiquiátricos, no confronto com o núcleo duro de racionalidade da medicina ocidental: a lesão.
teórico-técnicas umas das outras: Psicologia Médica, Medicina Psicossomática, Psiquiatria de Ligação (Interconsulta Psiquiátrica), Psicologia Hospitalar\textsuperscript{11} e Psicologia da Saúde\textsuperscript{12}.

A relação da Psicanálise com a criação destes discursos, se por um lado é o contraponto fundamental para as práticas dos profissionais de saúde mental nas instituições médicas, por outro é o ponto de partida para o questionamento de suas especificidades teóricas e seus endereçamentos político-ideológicos. Será portanto este o nosso referencial de leitura da Psicologia Médica, partindo de uma leitura da Psicanálise e da Medicina, de seus objetos, de suas especificidades teóricas e metodológicas.

A intenção deste trabalho não é tornar inválidas as construções teóricas e técnicas que estes discursos insituem, mas mostrar que existem articulações em sua criação que obedecem a leis completamente diversas do saber que lhes supõe a origem: a Psicanálise. Só desta forma poderemos construir formulações próximas do atual ideal ético de interdisciplinaridade.

II. Racionalidade Científica e a Constituição da Medicina Moderna

O conceito de racionalidade científica moderna, segundo LUZ\textsuperscript{13} e CAMARGO Jr., caracteriza-se basicamente por ser "um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método aíçado à categoria do 'doxa', por sua imutabilidade, e que pressupõe a formulação de enunciados lógicos, preferencialmente em linguagem matemática. Esse método e seus enunciados pretendem elucidar os mecanismos mais recônditos e as 'leis naturais' que regem o Universo, do micro ao macrocosmo. Outra característica importante dessa racionalidade é a subdivisão, praticamente ao infinito, em disciplinas, isto é, domínios de enunciados científicos num campo específico de construção de objetos de discursos."\textsuperscript{14} A enunciação deste conceito é fundamental para compreendermos a especificidade da medicina moderna e sua relação com outros discursos.

A partir do renascimento, a visão teocêntrica foi sendo substituída por uma visão antropocêntrica do mundo. A natureza deixa de ser expressão máxima do sujeito cognoscente, para tomar-se objeto de observação, de produção, de consumo e de poder do homem a partir de sua apropriação científica, técnica e econômica. As técnicas de observação e controle da natureza acabam por ser objeto de produção de conhecimento, e consequentemente, produção de riquezas e poder.

Desta forma caracteriza-se a ascensão da burguesia frente ao regime feudal pela valorização dos bens materiais e acumulação de riquezas, em lugar da transição do poder pelos vínculos de sangue e pela propriedade da terra. A ideia de indivíduo, de valor e responsabilidade individual é instituída pela burguesia e o capitalismo.

A questão que se coloca pela ciência moderna é de uma nova visão do mundo, e mais ainda, de uma ordenação do mundo a partir de "atribuições de ordens de sentido, através da prática sistemática de um conjunto de operações, a ser seguido na ordem lógica e prática dos gestos, e que constituem o método."\textsuperscript{15} Será a ênfase em sua metodologia que permitirá ao discurso científico a superação de velhos enunciados por novas verdades. É a noção de progresso científico.

\textsuperscript{11} CAMMON, 1994.
\textsuperscript{12} CAMPOS, F.C.B., 1992.
\textsuperscript{13} LUZ, M.T. (1988).
\textsuperscript{14} CAMARGO JR., K.R. (1992). p.204
\textsuperscript{15} LUZ, M. (1988). p.30
Com o mecanismo do século XVIII, o método experimental e os sistemas de enunciados constituem os aspectos específicos do objeto natureza: as disciplinas. As descobertas e invenções decorrentes desta época consolidaram socialmente o pensamento científico, institucionalizando-se. As teorias científicas representam metaforicamente o mundo e a natureza como um conjunto de máquinas, cujas leis podem ser expostas a partir da razão e da experimentação, preferencialmente em linguagem matemática. Portanto, seus enunciados, os conceitos, devem ser produzidos com a exclusão de qualquer registro subjetivo, imaginário, em favor da razão. Desta forma a razão imagina a si mesma como imagina o mundo, como máquina, como engenho, como objetividade e controle.

Esta racionalidade influenciará as ciências naturais, consequentemente a medicina moderna em sua constituição. A ciência será vista como um dogma, inquestionável, constituindo-se como o único caminho para a obtenção da "verdade", como ordenador do cosmos, da vida e da morte, do mundo e das coisas, do homem e seu corpo.

Em sua história arqueológica, FOUCAULT quer saber como, em última análise, a medicina construiu suas verdades sobre o corpo, sobre a doença e sobre a morte. E será a partir da clínica, como disciplina em ascensão no séc. XVIII, que se constituirá a especificidade da medicina moderna.

No final do séc. XVIII, a clínica se fortalece, ganhando status de produtora de conhecimento, fazendo com que o olhar deixe de ser um acessório na descrição das doenças para, a partir da observação, constituir e fazer falar a própria doença, pesquisando-a. A doença deixa de ser uma manifestação oculta, incognoscível, para se manifestar no próprio sintoma. A partir dele, o sintoma, é possível obter o diagnóstico, o prognóstico e a anamnese. A essa racionalidade será acrescida a linguagem e a matemática como métodos "normatizadores" da doença no indivíduo e na população. Esta frase de MACHADO exemplifica esta fase: "uma doença é o conjunto de sintomas percebidos pelo olhar". Aqui o método classificatório da medicina clássica é substituído pelo método analítico da medicina moderna, através da complexidade individual na combinação dos elementos percepitivos que compõem a doença.

Mas "o grande momento da história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tomou-se o olhar anátomo-clínico". Apesar do desenvolvimento da clínica ter atingido grandes proporções no séc. XVIII, só no início do séc. XIX é que ela atingirá seu grande valor a partir da constituição da anatomia patológica, com BICHAT. Será na geografia dos corpos dos cadáveres que se determinará a objetividade sensível, visível da doença. O olhar, aqui, atingirá, de forma profunda e diagonal, a materialidade empírica dos tecidos. "Abram alguns cadáveres e a dúvida se dissipará". Este era o slogan de BICHAT. A doença visível no corpo morto, aliada à clínica, é agora lesão. As doenças se organizam em classes e a partir dos tipos de tecidos. A anátomo-clínica, então, se constituirá a partir de dois olhares: o olhar da clínica, que se propõe a ler os sintomas patológicos, e o olhar da anatomia patológica, que estuda as alterações dos tecidos.

Com BROUSSAIS, esta racionalidade tomará sua identidade definitiva relacionando sintoma geral e lesão local. O espaço local da doença passa a ser imediatamente também seu espaço causal.

---

15 É importante ressaltar que para Foucault a categoria de verdade, segundo o vocabulário genealógico, se constitui "como um sistema de procedimentos ordenados para a produção, regulação, distribuição e circulação de enunciados, em relação circular com os sistemas de poder que a produz e sustenta, induz e expande." DAVIDSON, A.I. (1990). p.221.


Nesta transformação ocorrida na sociedade ocidental, a medicina aliou-se ao projeto científico, abandonando a pluralidade de seu objeto, inserindo-o numa racionalidade constituída sobre a ordem da causalidade. A noção cartesiana de causalidade situa a “a causa como o que dá razão ao efeito, demonstrando-lhe a existência ou as determinações.”¹⁹ Assim, a racionalidade médica ocidental, podemos dizer, situa a doença, os sintomas, o corpo e a lesão como categorias linearmente ordenadas no plano da causalidade. A ordem causal, neste contexto, destitui a possibilidade de diálogo com outros registros que não o biológico, silenciando as dimensões subjetivas e intersubjetivas como estranhos ao método de produção de seu saber e de sua práxis.

Está aí o primado do espírito científico moderno: positivismo, causalidade e empiria. A medicina é científica, é a expressão máxima da “verdade” por meio da razão.

O corpo agora destituído de subjetivação, dividido em partes por meio de especialidades, sofre intervenções terapêuticas também no nível do saber que o constitui, por meio de mediadações e/ou cirurgias.

III. O Objeto e a Metodologia na Teoria Psicanalítica

A Psicanálise atualmente apresenta diferentes percursos de leitura, sendo possível cada um deles se impor como uma variável interpretativa da teoria e da experiência analíticas. Sem a pretensão de acreditar que a leitura que pretendemos realizar seja a única ou a melhor, nos basearemos nos estudos de BIRMAN²⁰, pois, ao nosso propósito, tem-se mostrado útil em relação ao diálogo do discurso psicanalítico com outras disciplinas como a medicina, a psiquiatria, as ciências sociais, a ética e a política. Neste sentido, a psicanálise, na sua versão freudiana, “...deve conservar alguns de seus pressupostos fundamentais - para a construção de seu objeto teórico e para fundar suas operações metodológicas - quando pretende se deslocar do campo específico da experiência psicanalítica para a indagação de outros referentes empíricos. Isso é condição sine qua non para a reprodução de sua identidade epistemológica.”²¹

É importante ressaltar que os conceitos aqui inseridos partem da premessa de que a construção da especificidade do discurso psicanalítico está firmemente constituída sobre o solo da experiência psicanalítica, e que de outra forma seria impossível concebê-lo da maneira com que hoje nos instrumentamos dele.

No final do século XIX, FREUD rompe com a tradição científica de sua época, atribuindo um lugar diferenciado de interpretação para os sintomas histéricos. Em lugar da causalidade positiva do discurso da neuro-anatomia, surge uma dimensão que se legitima no plano do sentido: “...a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta.”²² Os sintomas deixam de ocupar a objetividade da anatomia neurológica, para ingressar na constituição da subjetividade, predominantemente marcada pelos registros da representação e da interpretação.

A partir da suposição da existência do psiquismo inconsciente e do conceito de recaque, FREUD ergue o edifício teórico da Psicanálise, notadamente representado por sua metapsicologia.²³ Este novo método epistemológico “...permite circunscrever uma nova concepção do psiquico e pensar em seus efeitos na história da concepção do sujeito.”²⁴

²⁰ BIRMAN, J. (1953).
²⁴ BIRMAN, J., op. cit., p.17.
A diferenciação das instâncias psíquicas (consciente, pré-consciente e inconsciente na primeira tópica, e id, ego e superego na segunda), decorrente da noção de conflito psíquico e de sua etiologia sexual na configuração das neuroses, será o contraponto fundamental para a constituição do conceito de pulsão, que ao nosso ver tomará um lugar de destaque na construção do objeto da psicanálise.

Redescrições do conceito de pulsão foram realizadas desde 1905 em "Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade", até 1920 em "Além do Princípio do Prazer", mas tomaremos aqui a seguinte definição: a pulsão é um conceito limite entre o somático e o psíquico, que tem como principal finalidade a descarga de energia oriunda de sua fonte somática, perceptível somente por seus representantes-representação que se apresentam ao registro psíquico. Mas a força pulsional não se inscreve "naturalmente" no universo das representações. Sua inserção no registro simbólico se dá por intermédio do Outro que lhe aliena o sentido da experiência, fundamentando a constituição do sujeito a partir da dimensão intersubjetiva, submersa no universo da linguagem.\(^{25}\)

Após estes enunciados, brevemente explicitados, sobre a especificidade do discurso psicanalítico, podemos circunscrever alguns elementos essenciais de seu objeto, tal como definido por BIRMAN: "O objeto da psicanálise se configura em tomo das inscrições pulsionais, com seus impasses e impossibilidades, e nas marcas identificantes que caracterizam o percurso pulsional em sua relação com os objetos de satisfação e em sua relação com o Outro."\(^{26}\) Sua metodologia será, inevitavelmente, a interpretação.

---

\(^{25}\) Esta definição de pulsão foi elaborada a partir da leitura de FREUD em "Os Instintos e Suas Vicissitudes" e BIRMAN, op. cit.

\(^{26}\) BIRMAN, J. op. cit., pp. 18-19.

---

IV. A Psicologia Médica e seu Objeto

A Psicologia Médica, baseada originalmente na Psicossomática, ou melhor, na busca de uma etiologia psicológica dos sintomas corporais, especialmente na ausência de lesão fisiológica, expandiu seu objeto e sua intervenção ao campo das relações médico-paciente\(^{27}\), onde a "ma condução psicológica" por parte do médico desta relação poderia produzir enfermidades (iatriogenia)\(^{28}\). A não percepção por parte do médico da verdadeira razão da queixa do paciente poderia provocar uma busca etiológica desnecessária e desgastante decorrente da realização de inúmeros exames, muitos deles invasivos, o encaminhamento para diversas especialidades, chegando até mesmo à realização de cirurgias. A partir da dinâmica da relação médico-paciente são valorizados os aspectos psicodinâmicos envolvidos, levando-se como modelo a relação analítica, baseada nos conceitos psicanalíticos de transferência e contra-transferência, além de toda uma compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos na produção de sintomas somáticos\(^{29}\).

Podemos perceber a crítica ao modelo anatômico-clínico, onde a verdade sobre a doença era determinada pela lesão orgânica, prova empírica e inalienável da hegemonia do discurso fisiológico. A Psicologia Médica vai defender positivamente\(^{30}\) que a verdade além do corpo é a dinâmica das inter-relações baseadas no discurso da patologia mental e representada na linguagem corporal. A idéia de uma decifragação da angústia subjacente ao sintoma somático é a hipótese fundamental para a criação de uma Psicoterapia

---

\(^{27}\) JEAMMET, P. et al. (1982).


\(^{29}\) BALINT, M. Idem e JEAMMET, P. et al. Idem

\(^{30}\) É usado aqui no sentido derivado de positivismo, ou seja, o que vigora de fato, o que é real, em oposição ao que é suposição, "ao que é quimérico" na doutrina de Comte. (ABBAGNANO, 1992, p. 747)
pelo médico clínico, que deve se deparar-se desde a formação para a “escola” desta dimensão psicológica.

A partir destes pressupostos, todo um dispositivo de controle e intervenção deste corpo inscrito pelo discurso psicológico, ou porque não dizer psicanalítico e até mesmo psiquiátrico, é legitimado pela instituição médica como um modelo “para-médico”, deixando ainda nítida a diferença valorativa entre a medicina e os “outros saberes” sobre o corpo e a enfermidade. A psicologia médica lança mão de várias técnicas para atender a esta demanda assistencial e de trabalho especializado produzida a partir de seu discurso: Psicoterapias (principalmente as chamadas psicoterapias breve ou focal), grupos de reflexão, grupos Balint, interconsultas (Psiquiatria de Ligação) e outras.

V. Saúde Coletiva, Psicanálise e Psicologia Médica: O Hiato Positivista

A inclusão da Saúde Coletiva na discussão do presente trabalho se deve à visão crítica que pretende instalar no campo da saúde a partir do seu referencial interdisciplinar, o que nos permitirá contextualizar a complexidade teórico-institucional em que a psicologia médica se insere.

A saúde coletiva se define como um campo concebido através da “crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico”31, compreendendo que a questão da saúde é muito mais complexa do que postula a medicina. A partir da valorização das relações do sujeito com seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais inseridos numa tradição histórica e linguística, o campo da saúde coletiva foi se constituindo como um campo marcado pela diversidade dos discursos e de seus objetos, sem qualquer perspectiva hierárquica e valorativa. Neste sentido, a interdisciplinaridade se estrutura a partir das perspectivas simbólica, ética e política que se impõem sobre a interpretação de categorias fundamentais do campo da saúde como o corpo, normal e patológico, vida e morte.

Longe de ser um campo marcado pela positividade, a saúde coletiva se identifica pela não-identidade, pela afirmação das diferenças, por sua racionalidade crítica a respeito das relações estabelecidas entre natureza e sociedade.

O hiato do qual me refiro acima é uma separação, uma diferenciação de ordem epistemológica, ou seja, da forma com que cada discurso se aproxima de seu objeto. E é aí que a Psicologia Médica começa a se identificar com o mesmo positivismo das ciências naturais, onde a razão etiológica do síntoma somático é apenas substituída do registro biológico pelo registro psicológico, pela psicologia das inter-relações, a psicanálise se impondo como uma nova racionalidade médica. “Assim, a linguagem psicológica, para se impor neste campo de fenômenos corporais, impõe certos pressupostos, que apagam outros campos de interpretação, como aliás realizava a linguagem médica criticada.”32

A psicoterapia a pacientes internados, ou mesmo a chamada psicoterapia pelo médico clínico, pode, na maioria das vezes, inibir todo um universo linguístico ligado a outras representações sociais ou culturais, a favor do maior controle e adaptação ao discurso médico e/ou psicológico33, baseado

32 BIRMAN, J. (1980).
33 Considero importante pensarmos que por vezes o discurso psicológico dentro das instituições de saúde ocupa um lugar de apoio e reforço do discurso médico, tão encontrados nos acompanhamentos que precedem determinados procedimentos médicos (exames invasivos, cirurgias e outros).
na adequação da singularidade do sujeito às normas institucionais, interpretando a diversidade linguística como patológica ou desviante.

Desta forma a medicina conta com dispositivos reguladores de sua própria eficácia discursiva, na reintegração dos aspectos desviantes da norma biológica e/ou psicológica, em detrimento da pluralidade linguística e social tão presente na população que procura as instituições públicas de saúde.

A partir deste hiato a Psicologia Médica pode servir como um agente moral, que aparece tão frequentemente na defesa do "bom médico", do "médico humano" ou da "função apostólica", distanciando-se das dimensões simbólica, ética e política que permeiam o campo das relações entre a sociedade e as instituições médicas.

VI. Dispositivo Médico: Dispositivo Psicanalítico?

É importante situarmos a constituição da medicina moderna como um saber-poder disciplinar, datado historicamente, que na genealogia de FOUCAULT, ao mesmo tempo que produz conhecimento, produz poder. Poder que é produzido e que produz saber, saber que é produzido e que produz poder. Neste sentido, a medicina e o hospital se configuram como saberes e práticas que instituem relações de poder, por meio da classificação, nomeação, isolamento e controle do corpo e das individualidades.

Portanto o contexto institucional fundado pela medicina, o hospital, configura os corpos a partir do olhar econômico e político, ou seja, a partir de sua materialidade, objetividade, utilidade, trafegando de forma dócil e suíla na rede disciplinar, que procura individualizá-los, tornando-os produtivos economicamente, esquadrandindo seus modos de vida, reconfigurando seus hábitos, seus horários, sublimando a revolta dos desejos e das paixões em nome da ciência e da objetividade.

Uma outra perspectiva de leitura institucional, que teve sua origem nas relações entre instituições e ordem médica, é a que LUZ faz do que chamou de Instituições Médicas onde: "... para além das instituições 'aparelhos' de saúde há um conjunto de instituições não-estatais como a indústria farmacêutica, laboratórios em geral, institutos de pesquisa e associações científicas deste ou daquele ramo da medicina que têm uma influência - às vezes muito importante - sobre as políticas de saúde, mas não podem traçá-las".34 Estas instituições são portadoras de um projeto de medicalização da sociedade e que influenciam, e muito, na produção de conhecimentos e na formação de profissionais de saúde, delimitando práticas e produzindo demandas.35

É neste contexto disciplinar que a Psicologia Médica se constituirá, apontando para a exclusão do registro psicológico na relação médico-paciente que, de uma forma bastante perspicaz, faz perceber a problemática da subjetividade como uma intercorrência nociva ao projeto médico, devendo portanto ser incorporada também a este projeto a regulação das relações institucionais que envolvem o médico, o paciente, sua família e a equipe. Esta última no sentido de amenizar os atritos institucionais que intervêm na tarefa assistencial.

Esta complexidade do campo da saúde é tratada de forma simplista pela Psicologia Médica que, destituindo os conceitos psicanalíticos de sua especificidade teórica e metodológica, reduzem a questão dos processos de subjetivação à causalidade psíquica, efetivando-se como uma prática disciplinar. No entanto, é importante demarcar uma diferenciação. O que se


35 A situação é ainda mais alarmante nos órgãos governamentais responsáveis pelas políticas de saúde, onde o registro econômico parece regular as relações entre Saúde, Estado e Sociedade. Numa época de globalização financeira, onde tudo o que é público, estatal, é retrogrado, é dispensando e ineficaz, as questões da saúde ficam cada vez mais reduzidas ao financiamento e à promessa de falência do setor, em oposição à crescente reprodução e fortalecimento do empresariamento da saúde.
constitui como um dispositivo disciplinar é a utilização do recorte conceitual da teoria psicanalítica, que não é exclusiva da Psicologia Médica, e não a atuação de um dispositivo psicanalítico.

VII. Conclusão

Uma das grandes contribuições da psicologia médica é a percepção das inter-relações entre os diversos profissionais de saúde, o paciente e sua família, que o “ruído” nesta comunicação pode trazer consequências relevantes para o paciente no campo de interpretações sobre sua doença e sobre si mesmo, agindo de forma direta na eficácia do tratamento oferecido. Mas o que temos que chamar a atenção aqui é para a natureza deste “ruído”, para a pluralidade lingüística contida nesse “ruído”, contendo atravessamentos institucionais, culturais, históricos e também psicológicos. A não percepção da complexidade característica deste campo certamente conduziria, e conduz, a uma “iatrogenia psicológica”.

A importância da valorização dos pesquisas nesta área é tão necessária quanto a atualização na determinação dos objetos estudados, na tentativa de recolocar os argumentos psicanalíticos em seus devidos lugares, pois de outra forma eles certamente serão recortes conceituais completamente alheios ao discurso que lhe atribui sentido.

BIBLIOGRAFIA


SERIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS

1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS
Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:
a) estar escritos na língua portuguesa e estar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;
b) ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em Word for Windows;
c) constar de no mínimo 20 e no máximo 70 páginas (30 linhas com 70 caracteres por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;
d) estar acompanhados de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem em no mínimo três palavras-chave descritivas do conteúdo, também em português e em inglês;
e) estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);
f) as NOTAS deverão ser apresentadas no final das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas distanciadas a este fim;
g) as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente e, em alguma das páginas;
h) os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente e, em alguma das páginas;
i) pode ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, a data de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Liton, 1983, p.75);
j) as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

Para livros

PARA ARTIGOS

Para capítulos de livros

Para trabalhos publicados em Anais

2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL
a) os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;
b) todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de peio menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apurada no item 2.a) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS
a) nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizados no prazo máximo de 10 (dez) dias;
b) após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar prosseguimento ao conteúdo, que deverá ser revisado pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;
c) os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.a) e 3.b), serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

4. PRIORIDADE
Será priorizável a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

5. EXEMPLES PARA OS AUTORES
Os autores serão direitos a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constam seus textos.

6. CASOS OMISSOS
Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.