

Saber e Sentir. Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina *

OCTAVIO BONET **

RESUMO

A biomedicina surge como conseqüência das mudanças na visão de mundo ocorridas nos séculos XVI e XVII, que deram lugar a uma explicação mecanicista do mundo e a uma visão dualista do homem. Esta visão dualista, na qual se funda a biomedicina, permite-nos afirmar que a “prática biomédica” se estrutura ao redor do que nomeamos tensão estruturante, entre os domínios do saber (associado ao racional e ao científico) e do sentir (associado ao emocional e ao psicológico). Com o objetivo de analisar como se manifesta essa tensão estruturante no processo da aprendizagem da biomedicina, realizamos uma etnografia de um pavilhão de Clínica Médica de um hospital público, centrando nossa observação nos médicos residentes, que conjugam na aprendizagem a prática médica “vivida” e a busca da excelência acadêmica.

Palavras-chave: Biomedicina; aprendizagem; subjetividade; residência médica.

ABSTRACT

Knowing and Feeling. An Ethnographic Study on the Learning of Biomedicine

Biomedicine, originally society's view of the world, changed progressively between the 16th and the 17th centuries. These changes gave rise to a

* Tradução de Maria Lúcia de Macedo Cardoso e Tatiana Bacal, do original em espanhol.

** Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Rio de Janeiro. Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

mechanistic view of the world and opened up the possibility of a dualistic view of man. From this view, which biomedicine is based on, I argue that biomedical practice is structured around a structural tension, that is to say, a tension between the realm of knowledge (associated with reason and science) and the realm of feeling (associated with emotions and psychological). With the aim of examining how this structural tension is carried out in the biomedicine learning process, I carried out a field study in the wing of a medical clinic at a public hospital. The study was centered upon the interns, who, in their learning process, combine how medical practice is lived with the quest for academic excellence.

Keywords: Biomedicine; learning process; subjectivity; intern.

RÉSUMÉ

Savoir et Sentir. Une Étnographie de l'Étude de la Biomédecine

La biomédecine surgit donc comme conséquence des changements dans la vision du monde que se succédaient aux XVI^{ème}-XVII^{ème} siècles, qui ont eu la place à une explication mécaniciste du monde, et ont ouvert la possibilité d'une vision dualiste de l'homme. Cette vision, dans laquelle s'appuie la biomédecine, nous permet dire que la pratique biomédicale se constitue autour de ce que nous appelons tension structurante, entre les domaines du savoir (associé au rationnel et au scientifique) et du sentiment (associé aux émotions et au psychologique). Avec l'objectif d'analyser la manifestation de la tension structurante dans le procès d'apprentissage de la biomedicine, nous réalisons une ethnographie d'un pavillon de Clinique médicale d'un hôpital public, centrant notre observation aux médecins residents, ceux qui ensembles dans son apprentissage la pratique médicale vécue et la recherche de l'excellence académique.

Mots-clé: Biomédecine; apprentissage; subjectivité; médecin resident.

Recebido em 12/4/99.

Aprovado em 13/5/99.

Na cultura ocidental moderna, ao se explicar o processo de saúde-doença, foram destacados os saberes biológicos, dando lugar ao que se conhece como *modelo biomédico* ou *biomedicina*. Esse modelo, imposto como um saber sobre a doença e sobre o corpo, coexiste com outras exteriorizações do processo de saúde-doença — conhecidas como *medicinas alternativas*, *medicina popular*, *medicinas naturais* e *medicinas lentas*. Mas desse conjunto de saberes, a *biomedicina* é a que conta com o maior grau de legitimidade, o que permite abranger diferentes contextos sociais. Sua legitimidade e sua postulada universalidade derivam do fato de suas bases estarem estreitamente relacionadas com o conhecimento científico.

Na aprendizagem da prática biomédica reflete-se a poderosa associação estabelecida entre a *biomedicina* e o “científico”. Essa associação é experimentada como uma tensão que denominamos de *tensão estruturante*, que coloca os sujeitos em uma posição dividida entre o que devem saber e o que sentem ao “fazer”. *Saber e sentir*. São manifestações da tensão estruturante, que os sustentam, na qual se formam e da qual muitas vezes padecem.

Neste trabalho pretendemos demonstrar como os médicos residentes vão adquirindo na prática os *habitus* do trabalho médico, desenvolvendo-se assim um processo que favorece a manifestação da tensão estruturante, derivada da filosofia dualista que fundamenta a *biomedicina*.

A Cristalização da Biomedicina

A constituição da *biomedicina* como um saber científico não pode ser dissociada do estabelecimento da configuração individualista que é hegemônica na cultura ocidental moderna (Dumont, 1987). O processo de formação desta configuração produz, segundo Duarte, três importantes conseqüências: “(...) a racionalização e afastamento do sensível, a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos” (Duarte, 1998: 20). Dessas conseqüências surge uma nova concepção de pessoa, colocando o indivíduo como valor supremo — transformação fundamental para que a *biomedicina* se cristalice como um modelo sobre o corpo e a doença.

Esse processo social no qual se constituía a configuração individualista, que começou a tomar forma nos séculos XVI e XVII na Europa ocidental, se manifestava no âmbito científico como uma fratura epistemológica ocasionada pelo advento da filosofia mecanicista, a qual propunha uma nova forma de ver o mundo. Nesse momento as explicações religiosas sobre a

natureza cederam lugar a interpretações racionalistas. Surge, conseqüentemente, um mundo de “fatos” unicamente apreensíveis por um pensamento metódico e racional.

Com a epistemologia mecanicista, o homem aparece como sujeito individualizado; possibilidade que resulta da noção de corpo como fator de individualização. Nas palavras de Le Breton:

“(…) partindo do sentimento novo de ser um indivíduo, de ser ele mesmo antes de ser membro de uma comunidade, o corpo é a fronteira precisa que marca a diferença entre um homem e outro (...). A definição moderna do corpo traduz o homem afastado do cosmos, afastado dos outros, afastado dele mesmo. O corpo é o resíduo desses três cortes” (Le Breton, 1995: 46).

A partir da nova concepção de corpo se abre o caminho para uma biologia e uma medicina positivas, mas o custo desse avanço é a instituição de um dualismo entre o corpo, que representará o material, mensurável e objetivável, e o homem, associado ao espiritual, social e psicológico. Com esse dualismo material-espiritual ficam definidas as bases do que chamamos de tensão estruturante da *prática biomédica*.

Entre os dois pólos do dualismo existe uma valorização, e por isso uma hierarquia. Para a biomedicina o valor está nas profundidades mensuráveis do corpo anatomizado, o que começa a tomar forma no início do século XIV, com as primeiras dissecações oficiais em universidades italianas, ainda controladas pela Igreja. Mas logo nos séculos XVI e XVII sua prática se estende, proporcionando espetáculos encenados em teatros anatômicos.

A medicina moderna surge dessa separação essencial entre corpo e homem. Repetindo as palavras de Le Breton:

“A medicina moderna nasce dessa fratura ontológica, e a imagem que ela faz do corpo humano provém das representações anatômicas obtidas desses corpos sem vida, onde o homem não está presente” (Le Breton, 1995: 60).

O Hospital como Espaço de Ensino

No processo de formação dos jovens médicos é de grande importância entrar em contato com o doente. Dessa forma, o *hospital* se converte em uma instituição socializante fundamental. Em numerosos trabalhos — dentre os quais podemos citar Baszanger (1981), Freidson (1978), Foucault (1979,

1991), Bobenrieth (1972), Dávila (1972) — ressalta-se a importância da inserção no meio hospitalar para a criação da identidade profissional, assim como a importância do hospital para a prática da biomedicina (Freidson, 1978) que, devido ao progresso desta, teria passado de uma prática independente (medicina liberal) para uma prática interdependente (medicina especializada), impedindo que apenas um médico desse conta de todos os domínios.

Mas a importância do hospital na formação e na prática biomédica, hoje já consolidada, é o resultado de um processo que se desenvolveu lado a lado com a formação da *clínica* como disciplina científica, pela qual a aprendizagem e a prática junto ao leito do doente são consideradas essenciais.

Diferentemente da idéia que se tem hoje do hospital como espaço de cura, nos séculos XVII e XVIII era uma instituição de assistência aos pobres (Foucault 1979, 1991). Nesse período não há nada que se assemelhe a uma medicina hospitalar¹. Somente no final do século XVIII o aprendizado da clínica será associado aos hospitais. É a partir desse momento que o aprendizado se estruturará em duas partes:

“(…) sobre o leito de cada doente o professor se deterá o tempo necessário para examiná-lo convenientemente; fará os alunos observarem os signos diagnósticos e os sintomas importantes da doença; em seguida, o professor retomará no anfiteatro a história geral das doenças observadas na sala (…)” (Foucault 1991: 108).

É nessa *clínica* do final do século XVII que encontramos

“(…) um domínio onde a verdade se ensina, por si mesma e da mesma maneira, ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro só existe uma linguagem: o hospital (…)” (Foucault 1991: 104).

Para que o hospital passe a ser um espaço em que “a verdade” se ensina, impõe-se uma reorganização de sua estrutura. Esta se constrói por meio da *disciplina*, que “(…) é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização

¹ Em seu *O Nascimento do Hospital*, Foucault afirma que “A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico (…) a cura só podia se desenvolver em forma de uma relação individual entre o médico e o paciente” (1979: 102-103).

pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” (Foucault 1979: 106).

A possibilidade de medicalização do espaço hospitalar se dá pela introdução de mecanismos disciplinares e por uma inversão nas estruturas de poder dentro dos hospitais. Até o século XVIII, a Igreja Católica concentrava o poder dentro dos hospitais, mas a partir do momento em que o hospital começa a conceber-se como espaço para a cura, o médico se torna o principal responsável. Assim aparece

“(...) o personagem do **médico de hospital** (...) O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada (...). O **grande médico de hospital**, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII” (Foucault 1979: 109; grifos meus).

Essa inversão nas relações hierárquicas se manifesta de forma mais nítida no ritual da visita de sala, não existente de maneira sistemática anteriormente à instalação do poder médico nos hospitais.

Como consequência da instauração do poder médico, o hospital não só passa a ser um lugar de cura, como também de

“(...) registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico, que até o início do século XVIII estava localizado nos livros (...), começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital (...)” (Foucault, 1979: 110).

Dessa forma, o hospital, desde finais do século XVIII, é visto como um dispositivo essencial para a produção e transmissão do conhecimento médico. Uma vez que ao proporcionar o contexto para as “visitas de sala”, ao proporcionar um espaço no qual se encontram médicos, pacientes e médicos nos seus primeiros anos de formação, o hospital possibilita a manifestação da tensão estruturante entre a dimensão científico-racional e a dimensão humano-passional da prática biomédica.

O hospital é, portanto, o espaço fundamental, o *teatro*, onde se manifestam o saber médico e o saber dos leigos, os temores e as certezas. E onde os conflitos suscitados pela tensão estruturante (da qual a *biomedicina* não pode escapar, por fazer parte dos seus fundamentos) dão lugar a *dramas*

ritualizados, através dos quais se põe em risco, permanentemente, as categorias (Sahlins, 1988) essenciais à constituição da *biomedicina*.

A etnografia foi desenvolvida no *Hospital Interzonal General de Agudos*, da Província de Buenos Aires, que por sua vez é considerado um hospital-escola. É um hospital de alta complexidade e, no momento de realizar o trabalho de campo, dispunha de 768 leitos para internação. As observações foram realizadas em um dos pavilhões de Clínica Médica, fundamentalmente, interagindo com os residentes, já que o interesse se focalizava na aquisição dos *habitus* médicos; não obstante, interagiu-se com os médicos mais velhos, o que permitiu estabelecer o “interjogo” das categorias no campo da ação.

O Sistema de Residências Médicas que funciona na Província de Buenos Aires depende do Ministério da Saúde desta província e constitui o meio pelo qual a maioria dos médicos jovens entram nos hospitais públicos²; mas o ingresso é por um período de três anos, prazo que dura a capacitação na residência, o que significa que entrar no sistema de residência não implica ingressar no *staff* médico do hospital.

Em todas as residências encontramos uma distribuição hierárquica entre os residentes de primeiro, segundo e terceiro ano (doravante R1, R2 e R3) e, por último, “*chefes de residentes*” e “*instrutor de residentes*”. Os “*chefes de residentes*” são aqueles que, ao haver terminado o terceiro ano de residência, são eleitos pelos seus pares, pelo chefe de serviço onde funciona a residência e pelo instrutor de residentes para ocupar o cargo de chefe pelo período de um ano.

Desde o momento em que este sistema de residência começou a funcionar, estabeleceu-se uma diferenciação entre as categorias de “*residente*”, “*concurrente*” e “*médicos da casa*” (estes últimos, também chamados de “*médicos de carreira*”, são os que pertencem ao *staff* do hospital). Esta

² Outros métodos de ingresso são as “*concurrências*” e as “*visitas*”, mas em nenhum destes casos o médico recebe uma bonificação pelos seus serviços e somente no caso das “*concurrências*” tem um reconhecimento oficial por parte do ministério. A categoria de “*concurrente*” define aquele pessoal que frequenta o hospital com o objetivo de melhorar sua capacitação e que tem autorização do Ministério da Saúde da Província; excetuando a cobrança pelos serviços prestados, possuem os mesmos direitos e obrigações que o pessoal do hospital, já sejam médicos da casa ou residentes [N. do T.: por não haver uma categoria similar a “*concurrente*” no Brasil, optou-se por manter a palavra original em espanhol, em itálico.]

diferenciação entre as categorias encontra-se ressaltada tanto no discurso dos “*médicos da casa*”, como no dos “*médicos residentes*” que, assinalando uma diferente inserção no hospital, explicam diversas interações entre as categorias e destas com a instituição³.

* * *

A “*residência*” é considerada o primeiro trabalho “*sério*”, o que significa “*passar a viver*” no hospital, podendo ocasionar problemas de adaptação; referindo-se a essas mudanças, um residente expressava:

“você tinha que ter vindo quando entramos, os primeiros dias chorávamos todo o dia, bah... eu chorava... não me acostumava com esta vida, estando aqui, pensei que tinha me equivocado de carreira...”

Tais mudanças, que se apresentam ao sair da faculdade, configuram um umbral onde a medicina adquire novas dimensões. Estas colocam os residentes diante da deficiência de sua preparação, diante da falta de adequação entre a aprendizagem recebida na faculdade e os conhecimentos necessários para o desempenho no hospital; essa falta de adequação nos leva a diferenciar uma *medicina vivida* de uma *medicina de livro*.

As novas situações vividas na residência geram, desde o início, uma idéia de “pertencimento” que reforça os novos vínculos entre pares. Uma dessas situações pode ser o enfrentamento da morte de um paciente. L. se referia a isso, dizendo:

“começam a lhe acontecer coisas e você começa a se questionar... para mim, aos três meses morreu um magricelo de 36 anos que tinha uma insuficiência renal; o cara faz um edema agudo de pulmão, os plantonistas não lhe dão bola e de manhã, quando chego, o cara estava agonizando na sala e, além do mais, meu R3 me deixou sozinho... levo-o para dialisá-lo de urgência e morre no corredor. Meti-o na nefrologia e estivemos reanimando-o uma hora... são os cadáveres que atravessam sua cabeça e aí muda a situação, eu fui diferente depois desse magricelo. E se começa a falar com cada

³ Visacovsky (1991) refere-se às relações entre o hospital e as categorias de “*concurrente*” e de “*visitante*” focalizando sua análise na relação de trabalho *ad-honorem*, que geraria a idéia de um pagamento simbólico, ou do que seria um intercâmbio de trabalho assistencial por formação profissional.

rapaz, todos vão ter uma história similar e, se não a teve, vai tê-la, é questão de tempo” (grifo meu).

Quero destacar que passar a ser *residente* na província de Buenos Aires implica sofrer importantes mudanças nas suas rotinas diárias; se a isso somamos que adquirem um compromisso de trabalho por três anos com remunerações que, em muitos casos, não são suficientes para se manter economicamente, a pergunta a se fazer é: por que realizar uma residência em um hospital público? Apesar dos diferentes matizes, todas as respostas apontam que as residências são a única possibilidade séria de formação. O que a residência lhes oferece é a prática, a experiência com o paciente, possibilita-lhes a aquisição de critérios de trabalho.

Embora o ingresso na residência implique um encontro com a medicina vivida, isso não significa um ingresso no “*competitivo*” mundo da medicina privada, mas em um *mundo transicional* que os chefes de residentes caracterizam utilizando a expressão da “*adolescência da medicina*”. Esse mundo transicional, a que denominaremos “*de dentro*”, que é o *mundo do hospital*, opõe-se ao *mundo da rua*, o “*de fora*”.

O mundo transicional caracterizar-se-ia por ser um meio que contém o residente, onde há um grupo que o acompanha e apóia, um grupo que vivencia experiências similares, onde a responsabilidade nunca é totalmente de um só e onde sempre se vai ter alguém com quem aprender. Nas palavras de L.:

“você está numa caixa de cristal, nunca a mancada é toda sua, e se é toda sua, vai ter quem o proteja, desde o chefe dos residentes até o chefe do serviço”.

O mundo da rua é o mundo da competição, do individualismo, que se relaciona com a insegurança das possibilidades de trabalho e com a perda do *status* ganho na residência. Nas palavras de L.:

“Sabe o que acontece? Que você tem uma confiança cega em você, uma sensação de superpoderes; você pensa o seguinte: um R3 não é ninguém, um chefe não é ninguém, formaram-se há três ou quatro anos e aqui ninguém mexe com você. Espera uns meses, quando você saía para a rua, **quando saíamos para fora**, um idiota por telefone decidia a internação de um paciente que você está vendo há uma hora e você o leva para o hospital justificando argumentos que o cara lhe deu por telefone... e bom, a realidade é assim...” (grifo meu).

Essa “saída”, a passagem para esse mundo da rua, é vivida como uma “crise” que se apresenta como insegurança diante da mudança. Nessa insegurança pode estar a origem da argumentação de que “a medicina clínica” é uma especialidade “inabarcável”, o que impediria que se possa seguir o ritmo dos progressos e isso levaria quem a pratica a uma desatualização progressiva. A essa idéia se associaria um discurso que se absorve desde os anos de faculdade, no qual se recalca a figura do super-especialista, que trabalha rodeado de tecnologia. Tudo isso conduz a uma desvalorização da “clínica médica” como especialidade, levando muitos dos residentes a fazer uma segunda especialidade. Esta argumentação do “inabarcável” da “clínica” e da desatualização que ocasiona poderia ser uma elaboração secundária que adiaría momentaneamente a crise que implica a saída da residência.

Aprendizagem e Tensão Estruturante

Não é difícil rastrear, na literatura sobre biomedicina, a importância que teve a “passagem de sala” na transição dos conhecimentos de uma geração para outra, assim como o âmbito da relação mestre-discípulo. Para Foucault, desde o momento em que o hospital passa a ser uma instituição de cura, ganha importância crescente o “ritual de visita”, que descreveu como um “desfile quase-religioso”, no qual o médico, na frente, vai ao leito de cada enfermo seguido de toda a hierarquia do hospital” (Foucault, 1979: 110). Em Herzlich encontramos o relato do “ritual de visita” feito por um radiologista que anteriormente (nos anos 20) praticava clínica médica:

“... o chefe fazia o enfermo sentar, pousava sua orelha, escutava o som das costas um segundo e falava, uma hora, três quartos de hora. Era genial, ele resumia tudo, fazia uma síntese de tudo aquilo, ele dava uma lição de clínica...” (Herzlich *et al.*, 1993: 152).

Essa mesma experiência com as passagens de sala encontramos no relato da Dra. H., uma das médicas da casa do pavilhão:

“... o chefe da sala olhava a paciente dos pés da cama, inclinando-se para um lado e para o outro. A paciente estava com o abdome descoberto. Então pergunta-lhe: ‘Você é do campo?’ ‘Sou’ responde-lhe a paciente. Ele diz: ‘tem uma ectasia do hemitorax direito’. Ectasia é um termo que nós não utilizamos mais, ele via que tinha um lado maior que o outro, ‘essa paciente tem um quisto hidatídico’ e era isso”.

O relato anterior orienta-se na mesma direção que as citações bibliográficas, ressaltando a importância desse “ritual” antigo e atual ao mesmo tempo. Quando me refiro às passagens de sala como momentos rituais, remeto-me à definição que nos oferece Turner, como:

“comportamentos estereotipados... que servem para comunicar informação a respeito dos valores culturais mais apreciados... o ritual, essencialmente, como uma ação, e não primariamente como regras ou rubricas” (Turner, 1980: 155).

Não obstante, Turner considera que poucos rituais estão completamente estereotipados, o que se encontra mais frequentemente é que “fases e episódios invariantes são intercalados com passagens variáveis nas quais, em ambos níveis verbais e não verbais, a improvisação pode não ser meramente permitida, mas requerida” (Turner, 1980: 158). Desta forma, ao entrar em cena, algo novo pode ser gerado na representação, novos significados podem surgir, capazes de passar a integrar as interpretações seguintes. É esta “interpretação improvisada” que permite criar e ressignificar a parte “escrita” da obra dada pelo saber médico, o que nos leva a pensar que nesses rituais não entram em jogo atores que cumprem um papel prescrito, mas agentes que improvisam de acordo com umas poucas linhas dadas na obra e com suas trajetórias pessoais através das quais “vivem” o ritual.

Deste modo, se consideramos a passagem de sala como uma situação ritual que se destaca do contínuo que representa o cotidiano, podemos falar dela como “uma interseção transitada” (Rosaldo, 1991: 28), de forma que o ritual atua como um ponto de um processo social; um espaço onde se entrecruzam diferentes trajetórias que podem ser analisadas antes, durante e após este momento dramático. Essa continuidade da análise, além dos espaços de encruzilhada, leva-nos a considerar os *espaços e momentos cotidianos* onde os sujeitos vivem essas situações que se dramatizam nas encruzilhadas.

Em todas as citações e relatos observa-se como uma característica fundamental da passagem de sala a presença do paciente que “mostra” sua doença para o *olhar* dos médicos. É, portanto, nesse momento “ritual” da passagem da sala que a tensão estruturante adquire toda sua expressão.

Essa tensão entre as exigências do modelo biomédico, com sua ênfase no *saber* e nas práticas guiadas por “*algoritmos*” e “*protocolos*” por um lado, e a experiência individual, a dimensão do vivido, do *sentir*, por outro, fica estabelecida desde o momento em que a visão da totalidade da situação

(“*passagem de sala*”) e das totalidades que entram em jogo (“*médico*” e “*paciente*”) são adiadas em favor de uma visão compartimentalizada, digitalizada, que se deriva das exigências da biomedicina como ciência.

A pergunta que surge, então, é: como se processam, na aprendizagem prática da *biomedicina*, os níveis de tensão gerados nas passagens de sala? No pavilhão onde fiz o trabalho de campo realizavam-se dois tipos diferentes de passagens de sala: uma delas era chamada “*passagem de sala da manhã*” e a outra era a “*passagem de sala da tarde*”.

A passagem de sala da manhã é o momento em que os residentes, o chefe e os médicos da sala e, em algumas ocasiões, o chefe de serviço e os chefes de residentes percorrem toda a sala vendo cada paciente, a fim de realizar sugestões de tratamento, tomar conhecimento de alguma internação e, em alguns casos, discutir diagnósticos. Essas passagens não se realizam todos os dias, mas só uma vez por semana por cada sala (ou duas por semana em algumas das salas).

As passagens de sala da manhã representam um momento de tensão não só para o paciente, mas também para os médicos da casa e os residentes: para o primeiro este é o momento em que vários médicos analisam sua doença (a maioria das vezes na sua presença, podendo ver caras de preocupação ou entender as argumentações que escuta); para os médicos, a tensão provém do fato de que nessas passagens enfrentam-se com as colocações de seus pacientes que, muito freqüentemente, têm a ver com aspectos emocionais de sua vivência no hospital, com suas inseguranças e seus medos.

A passagem de sala da tarde é realizada pelos residentes como parte da atividade teórica e de formação na sala de aula em que se desenvolvem as atividades teóricas da tarde. O procedimento consiste em que um R1 “apresente” um de seus pacientes, fazendo uma exposição dos sintomas que traz para a consulta, antecedentes patológicos e os estudos que já realizou. A seguir, começa uma ronda de perguntas na qual os demais residentes indagam por mais dados. Ao concluir a ronda de perguntas, os chefes designam um para que comece a enumerar as características do paciente, para que exponha e justifique os diagnósticos prováveis que ele considera estar de acordo com os dados e, conseqüentemente, que estabeleça o diagnóstico provável mais próximo (ou o diagnóstico final, se possível) e prescreva o tratamento necessário. O objetivo dessas passagens é problematizar os quadros clínicos, expondo a maior quantidade de diagnósticos prováveis que lhes ocorram, ao mesmo tempo que adquirem o *habitus* de pensamento para a construção de diagnósticos.

A grande diferença que encontramos entre as duas passagens de sala radica em que na passagem de sala da tarde o doente não se encontra presente em pessoa, mas mediante a “apresentação” que faz o residente responsável, dado que a passagem não se faz diante do leito do doente (esta diferença o aproximaria mais a um “ateneu” que a uma passagem de sala, tal como entendem os médicos da casa ou na bibliografia sobre a medicina hospitalar).

A idéia geral dos residentes é que onde realmente se aprende medicina é na passagem de sala da tarde (além das aulas e das leituras), de maneira que estas adquiriram uma importância maior que a passagem de sala da manhã⁴.

Mas a valorização da passagem de sala da tarde e a desvalorização da passagem da manhã podem ser interpretadas como uma elaboração secundária, de nível consciente, que permite esconder uma razão mais profunda, de nível inconsciente. O que quero sustentar é que a passagem da sala da tarde é um mecanismo que evita ou tenta diminuir os momentos em que os residentes se enfrentam à tensão estruturante. Cumpre esta função em virtude de que se tratam os casos “reais”, dos pacientes de algum deles, mas na apresentação de cada caso o paciente não está presente e como, além disso, esta se faz entre grupos de pares, as tensões que se suscitam na passagem de sala da manhã, embora estejam presentes, o estão em um nível muito menor.

A função desses mecanismos seria manter no processo de aprendizagem um nível de tensão aceitável (qualquer que seja este), mas essa funcionalidade se estabeleceria na relação dos mecanismos produtores de tensão com os mecanismos dissipadores desta e, por isso, não podemos entender a passagem de sala da tarde sem falar da passagem de sala da manhã.

Os mecanismos dissipadores atuam digitalizando as relações que se estabelecem entre médicos da casa e os médicos residentes, e as que se estabelecem entre médicos e pacientes. Essa digitalização produz uma

⁴ Essa mudança na importância que se dá às passagens de sala não passa despercebida para os “médicos da casa” e, falando com a Dra. H., ela se referia às passagens de sua sala como “meio chatas pela simples razão de que estou todo o dia na sala e conheço tudo da sala... mudaram desde as que eu participava quando era *concurrente*; nas que eu vivi se faziam, com imprecisões de diagnósticos, diagnósticos prováveis. Eu não creio que na passagem de sala a intervenção do chefe tem que ser que informar que uma paciente tem hora marcada para tal dia, não tem para outro, a função vai muito além... mas seguimos fazendo isso porque podem estar os outros médicos que não estão a par... também é para que fique o costume...”

descontinuidade na totalidade analógica que seria a situação vivida na passagem de sala da manhã. A digitalização operaria, fundamentalmente, no nível da tensão estruturante, ocasionando uma descontinuidade entre o que é de interesse para o tratamento médico (de acordo com o modelo biomédico) e o que alude a sentimentos, paixões, transferências, identificações, etc. Em outras palavras, todas aquelas dimensões que a biomedicina deixou de lado ao constituir-se em uma ciência das doenças e, por isso, ficaram de fora do discurso biomédico.

O Diagnóstico como Drama

A tensão estruturante vai-se manifestar, fundamentalmente, nos processos sociais que favorecem a irrupção dos conflitos, de modo que podemos tomar a idéia de *drama social* desenvolvida por Turner (1974, 1980) para aludir àqueles processos desarmônicos que se originam em situações conflituosas, que se manifestam pela ruptura de uma norma social, de uma regra moral ou de costume, e que levam a que se ponham em jogo mecanismos de reparação e reintegração.

Estas situações conflituosas na prática da biomedicina encontram-se freqüentemente associadas à construção do *diagnóstico*, razão pela qual em muitas ocasiões esse processo de diagnóstico pode ser interpretado como um drama social. Se consideramos as passagens de sala como os momentos fundamentais nos quais se discutem os diagnósticos, podemos falar de *dramas ritualizados*.

Os médicos outorgam essa valorização especial ao diagnóstico porque nele se encontram depositadas as expectativas e esperanças de resolução do caso que lhes coloca o paciente; é justamente essa valorização que faz com que o processo de diagnóstico seja o foco de interação social onde a irrupção de conflitos e tensões encontra uma maior explicitação.

Considero o *diagnóstico* como o *símbolo dominante* de um processo social ritualizado, ao redor do qual vai desenvolver-se a ação que chamamos *drama social*. Tais símbolos são “conjuntos de valores que são considerados fins em si mesmos, isto é, valores axiomáticos” (Turner, 1990: 22); neles podemos distinguir dois pólos de sentido que agrupam os diferentes significados condensados nesse símbolo e que são chamados pólo ideológico e pólo sensorial. No primeiro deles, Turner coloca os significados relacionados a normas e valores que se referem a componentes de ordem moral e social, enquanto no pólo sensorial se localizariam os significados relaciona-

dos a fenômenos e processos naturais e fisiológicos que provocariam desejos e sentimentos (*idem*: 31). Ao se diferenciar no *diagnóstico* estes dois pólos, no pólo ideológico encontraríamos os temas referentes às técnicas e ao saber biomédico, e no pólo sensorial aqueles sentimentos e desejos que se associam a essas técnicas e a esse saber. Se tomamos como exemplo a técnica de punção, no pólo ideológico ela representaria o método diagnóstico adequado para determinadas patologias, mas no pólo sensorial colocaria em foco o tema da “invasividade”⁵.

Este *diagnóstico* nos situa, novamente, diante da *tensão estruturante*, porque sendo o aspecto mais valorizado da prática biomédica, em sua explicitação o pólo sensorial fica relegado em favor do pólo ideológico. Aquilo que alude às dúvidas, aos sentimentos, aos ensaios e erros nos tratamentos, aos “não sabemos” ou “não explicamos”, tudo isso que nos fala da pessoa do médico e do paciente não está incluído no *diagnóstico* como resultado. Este vai remeter a uma tipologia em que as categorias de tempo e lugar não têm espaço, de modo tal que se menospreza a localização deste diagnóstico na situação concreta.

Em uma situação observada durante o trabalho de campo, produziu-se um conflito pelas diferentes posições tomadas a respeito do diagnóstico de uma paciente. Essa paciente apresentava sintomas que foram interpretados como miastenia pela Dra. H. e outros médicos do pavilhão, mas em uma das passagens de sala da tarde um dos chefes de residentes colocou suas dúvidas com relação ao diagnóstico, e essas dúvidas logo foram expressadas pela R1 que atendia a paciente em uma passagem de sala da manhã, desencadeando uma série de situações conflitantes. Essas diferenças de diagnóstico rapidamente passaram a ressignificar um velho enfrentamento entre as categorias de “médicos da casa” e “residentes”.

A explicitação deste drama social foi ocasionada pela separação existente entre as duas categorias que se manifestam na realização das duas passagens de sala: a da manhã com os médicos da casa, e a da tarde, só com os residentes. Na passagem de sala da manhã a dúvida estava colocada, tudo

⁵ A noção de “invasividade” está em estreita relação com a representação de um corpo anatomizado que o médico começa a construir desde o momento em que entra em contato com o interior do corpo em seus estudos de anatomia. Uma ação merece a caracterização de invasiva quando transpõe o limite da pele, quando entra em jogo esse espaço do corpo que é interior. Nunca escutei que algum dos médicos mencionasse que se estava sendo “invasivo” quando se entrava nos quartos sem bater na porta ou quando se descobriam os pacientes sem pedir-lhes licença. É por tudo isso que podemos afirmar que a “invasividade” está em relação ao corpo e não à pessoa como uma totalidade.

levava a um diagnóstico (miastenia) mas os resultados das análises não concordavam. Mas a dúvida sobre o diagnóstico não teria levado ao desencadeamento do antigo conflito entre as categorias se não se realizasse a análise do caso de G. na passagem de sala da tarde, já que foi nesse âmbito em que P., um dos chefes de residentes, manifestou que para ele a doença de que sofre G. não é miastenia. O peso simbólico que sua opinião tem entre os residentes fez que suas dúvidas fossem aceitas por estes e, posteriormente, a R1 a expressou para a Dra. H.

O último foco de tensão que vamos assinalar é o estabelecido em relação à paciente G., que foi quem imprimiu a maior carga de emotividade no drama social, já que ela “se coloca nas mãos de seus doutores”, esperando deles uma resolução rápida de sua doença⁶. Quando os médicos não puderam responder às expectativas de G., ela começou a sentir que havia algo em seu tratamento que não estava dando resultado, e então mudou sua conduta com alguns médicos da sala. Somou-se a isso o fato de que já havia escutado que estavam avaliando a possibilidade de que fosse para sua casa ou que fosse encaminhada a algum especialista.

O que observamos nesses dramas sociais são interações entre os distintos agentes intervenientes nas situações em que os significados das ações são colocados em processos de resignificação interdependentes.

Habitus e Diagnósticos

Para que os jovens médicos possam construir diagnósticos, eles têm que passar por um processo de aprendizagem no qual vão adquirir os *habitus* profissionais necessários para construí-los. O que adquirem neste processo é um dos dois pólos da tensão estruturante: o do *saber*. Ao falar de *habitus* estamos nos referindo a esses “sistemas abertos de disposições, enfrentados continuamente em experiências novas, e conseqüentemente afetados sem cessar por elas” (Bourdieu e Wacquant, 1995: 92). Falar de *habitus* é falar desses princípios geradores e estruturadores das práticas e representações, do social incorporado, da subjetividade socializada. Segundo Baszanger (1983), essa subjetividade começaria a se moldar no *début* profissional, construindo compartimentos de leituras

⁶ François Bonvin (1993) assinala como o doente, ao colocar sua ansiedade e sofrimento em sua relação com os médicos, constitui-se em um dos obstáculos para o bom funcionamento da instituição hospitalar, na qual todos esperam do doente um grau de submissão total.

nos quais são incorporados os pacientes, e a partir dos quais são organizadas as intervenções terapêuticas.

O que os residentes aprendem nesse momento é chamado por eles como “saber enfrentar o paciente”⁷; este processo de aprender a “pensar o paciente” implica modificações nas estruturas objetivas que orientavam as condutas na faculdade, de modo que, ao se incorporar ao hospital, novas estruturas objetivas entram em jogo. O problema se estabelece porque o residente ainda não possui os *habitus* para resolver as questões colocadas nessa nova conjuntura, daí que esta mudança seja vivida como uma crise tensionante.

A diferença entre os dois âmbitos, o da faculdade e o do hospital, manifesta-se em uma forma diferente de racionalizar o diagnóstico. No seguinte relato, R. refere-se a isso:

“Existe uma diferença entre o [conhecimento] teórico que você sabe e o **estar enfrentando o paciente** porque podem lhe dizer que fale de pneumonia e você dá as causas, tudo... mas encarar o paciente é algo totalmente diferente. Você, a partir do paciente, tem que **fazer o diagnóstico**; com o paciente, começa ao contrário: a partir do que tem você procura ver qual patologia é. É totalmente diferente, o paciente vem com que lhe dói aqui, ali, e **você tem que organizá-lo**” (grifos meus).

A partir deste relato vemos que uma das manifestações fundamentais da passagem de “*estudante de medicina*” a “*médico residente*” manifesta-se no que diz respeito à relação com o paciente, a qual, daí em diante, vai estar mediatizada pelo saber médico. Nesta relação, o que se busca é estabelecer o diagnóstico; em qualquer encontro de um médico e seu paciente, visto da perspectiva do saber biomédico⁸, o que se tem como objetivo final é “alcançar” a patologia de que padece o paciente. O diagnóstico é produto de um trabalho de construção no qual trabalham tanto o médico como o doente; daí surgem metáforas que se referem ao diagnóstico como algo a que se “chega” (o diagnóstico como resultado); por isso o *processo de diagnóstico* poderia ser considerado como uma “travessia”.

⁷ N. do Tradutor: no original em espanhol “*saber pararse delante del paciente*”.

⁸ A expressão “da perspectiva do saber biomédico” se explica pelo fato de que nas clínicas que tratam a dor crônica já não se buscava chegar a um diagnóstico e à cura (objetivos do saber biomédico), mas buscariam tratar a dor crônica ao invés de curá-la; nesta nova concepção da prática médica, o objetivo passa a ser a dor e a pessoa que a sofre, como uma unidade (Baszanger, 1989).

Este processo construtivo é freqüentemente associado a um procedimento “científico”, e esse caráter de “científico” está outorgado pela capacidade que lhes concedem os estudos secundários, de comprovar o “*diagnóstico provável*”, o que o transforma em um “*diagnóstico final*”. É neste momento, quando o diagnóstico se inscreve em um campo de saber mais amplo, que se perdem todas as referências sociais e históricas que rodearam sua construção. Com isto queremos dizer que nesse processo de constituição do diagnóstico ocorrem negociações, tácitas ou explícitas, avaliações dos enunciados produzidos e do agente que os produz, mas que na formulação “científica” do diagnóstico ficam eliminadas. Deste modo, a esse diagnóstico construído lhe é outorgado um critério de “*objetividade*”.

Assim, a partir de um conjunto de signos e sintomas que o paciente traz para a consulta ou para a internação e mediante um conjunto de aparelhos (por meio dos quais se fazem os estudos secundários) “chega-se” a um diagnóstico, constrói-se um diagnóstico que, quando se afirma como verdadeiro, já não depende das condições conjunturais de produção. Esse enunciado resulta num “fato”. A certeza deste fato vai ser buscada na correspondência com os signos e sintomas do paciente, esquecendo que o enunciado, que passa a ter um caráter de “fato” — o diagnóstico —, provém destes. A correspondência está na origem e a separação é uma consequência de sua construção (Latour e Woolgar, 1988).

Este processo de construção do diagnóstico, esta “travessia” tem uma orientação demarcada, é de “*baixo para cima*”, dos signos e sintomas para o diagnóstico. C. nos explicava:

“na faculdade nos ensinam a **pensar para baixo**; na residência, **para cima**. A partir do sintoma buscar as síndromes, isso não sei se alguém tem, não conheço ninguém que quando entrou aqui soubesse **pensar um paciente**” (grifos meus).

Mas este processo, por sua vez, está relacionado com metáforas de planejamento, de classificação: “tem que organizá-lo” nos disse R., “tem que ‘saber pensar’ o paciente” nos disse C.; em seus relatos, o que expressam são metáforas para falar da ordem. Esse movimento de baixo para cima necessita de um pensamento que tem que ser metódico, racional, por meio do qual se passa da *desordem* que o paciente “traz” para a consulta à *ordem* do paciente diagnosticado.

Mary Douglas, em *Pureza e Perigo* (1976), sustenta que:

“as idéias sobre separar, purificar, demarcar e punir transgressões têm como função principal impor uma sistematização em uma experiência inerentemente desordenada. É somente exagerando a diferença entre dentro e fora, em cima e embaixo, mulher e homem, com e contra, que um semblante de ordem é criado” (1976: 15).

Essa demarcação entre o “*em cima*” e o “*embaixo*”, que separa dois domínios que apresentam características completamente diferentes, estabelece-se por meio do diagnóstico; é este que incluirá o paciente no discurso médico, “por meio dele o médico mostra que daquilo que padece o doente tem um lugar no sistema de significantes que constituem o discurso médico” (Clavreul, 1983: 109) e desta forma deixará de ser liminar e perigoso⁹ (Turner, 1974).

O domínio do “*em cima*” relaciona-se com a razão, a ordem, a sistemática, a limpeza e as restrições; o domínio do “*embaixo*” se faz com o empírico, a desordem, a assistematização, a sujeira¹⁰ e as possibilidades ilimitadas (ao não ter um padrão, é indefinido seu potencial de padronização).

Estes dois domínios, de cima e de baixo, não são definíveis separadamente, mas para que seja possível o domínio da ordem tem que ser possível o domínio da desordem; nem um nem outro se define em si, mas na relação que os une, em relação a um todo. Este todo é o discurso médico que, através do diagnóstico, impõe uma distinção que é hierárquica. É justamente por essa característica hierárquica da relação que os dois domínios não se encontram em uma relação simétrica no que diz respeito ao todo, mas que o domínio de cima, da ordem, tem uma valoração positiva.

Pela importância de “chegar” ao diagnóstico, de alcançar o domínio da ordem mediante o processo de diagnóstico, o doente (até esse momento

⁹ No que diz respeito à relação entre liminaridade e perigo, Turner assinala que as pessoas liminares são necessariamente ambíguas, dado que escapam da rede de classificações e “na perspectiva daqueles aos quais lhes incumbe a manutenção da ‘estrutura’, todas as manifestações continuadas da ‘*communitas*’ devem aparecer como perigosas e anárquicas e precisam ser rodeadas de prescrições, proibições e condições” (1974: 133).

¹⁰ Mary Douglas coloca que a sujeira nunca é um elemento isolado, mas que se estabelece em relação a um sistema e que implica uma contravenção a esse sistema, sendo a sujeira “um subproduto de uma ordenação e classificação sistemática das coisas, na medida em que uma ordem implica recusar elementos impróprios” (1976: 50).

liminar e, portanto, fora do discurso) é incluído no discurso; mediante esse processo lhe é instituída uma identidade, lhe é designado um nome “que será para ele um dever ser” (Bourdieu, 1982: 126). Por essa inclusão a medicina se legitima, se reafirma como saber autorizado sobre a doença.

A Manifestação Cotidiana da Tensão Estruturante

A ênfase no diagnóstico está relacionada com a importância do aspecto “científico”, o qual por sua vez se contrapõe ao aspecto “humano” dentro do modelo biomédico. Isso nos coloca novamente frente à tensão estruturante subjacente à prática da biomedicina. Byron Good e Mary-Jo Good percebem uma manifestação desta tensão na oposição entre as noções de competência e cuidado. A primeira estaria associada à linguagem das ciências básicas, aos conhecimentos e às habilidades médicas, enquanto o cuidado se associaria às atitudes de compaixão, de empatia, àquilo conhecido como “os aspectos pessoais da medicina” (Good e Good, 1989: 305). A estes últimos, os residentes se referem como os aspectos humanos de sua prática, que aludem ao que é contingente no diagnóstico mas que ao mesmo tempo é essencial para a relação médico-paciente.

A tensão estruturante também surte seus efeitos desde o tempo da universidade. Entre os residentes existe a queixa de que sua formação é bióloga e, na sua prática cotidiana, com diferenças de grau, continuam com uma orientação bióloga, embora no seu discurso se observe uma preocupação com os aspectos “humanos”. Nesse sentido, uma residente do segundo ano expressava:

“o paciente espera o momento da consulta para perguntar muitas coisas, mas você não tem tempo para se sentar e falar; então se toma o doente como uma entidade biopsicossocial¹¹, os aspectos psicossociais não são levados em conta. É por isso que o ano passado levantamos a questão de que estávamos falando muito pouco com os pacientes, que havíamos progredido desde o ponto de vista científico (...) mas a **parte afetiva sofre involução...** quando entrei eu ficava depois das cinco conversando, agora não” (grifo meu).

¹¹ Uma relativização da noção biopsicossocial foi assinalada por Duarte (1988, 1993), já que essa noção supõe uma visão individualizada e psicologizada do sujeito.

Para C., à medida que passa o tempo “cada vez mais você se torna pior. No começo quando morre um paciente seu, você chora, depois vai passando”. E. compartilha a mesma preocupação:

“o que não gosto daqui é a relação com os pacientes, é muito fria, eu tento fazer com que não seja assim, mas o paciente que não ensina, que não tem nada interessante para ser estudado não existe, está aí, ninguém olha para ele... aqui o que importa é progredir no aspecto científico. Mas, pessoalmente, não quero perder o diálogo com o paciente, fazer uma brincadeira é importante, mas você vai se tornando mais duro. Eu tento não ‘me envolver’ ...” (grifo meu).

Esse tipo de problemática foi assinalada por B. Good e M. Good, no trabalho anteriormente citado, quando ressaltam que os médicos em processo de formação manifestam temor por não poderem balancear os dois componentes (*competência* e *cuidado*) percebidos como essenciais ao ideal do médico, de modo que seria “em seu esforço por lograr competência que eles perdem as qualidades de cuidados que inicialmente os atraíram à medicina...” (*idem*: 305).

Essas preocupações podem não estar verbalizadas e se expressam nas atitudes cotidianas dos *residentes*. É o caso de X., um R1 que mostrou, no trato com um paciente A., preocupação por seu bem-estar para além do estritamente médico. X. propôs a seu chefe de sala mandar A. para casa, já que só estava esperando o resultado da biópsia. Ele achava que em sua casa estaria melhor que no hospital. Dias depois, uma R1, no momento em que X. entra na “*sala de estar da residência*”, comenta que X. estava deprimido porque A. havia morrido. X. então começa a falar:

“dei-lhe alta até que sáísse a biópsia mas a irmã me telefonou porque ele sentia dores... eu disse ‘é bom trazê-lo porque a cama 28, na qual ele estava, ficou desocupada’. Mas quando saiu estava muito magro... voltou a se internar. Na segunda à noite eu me encontrava em casa vendo televisão e liguei para saber do seu ‘estado’ e me disseram que havia morrido”.

No dia seguinte estávamos na “*sala de estar da residência*” quando entra X. e diz: “Sabiam que fui ao velório de A.?”. Todos os *residentes* (sem parar de fazer suas tarefas) começam um diálogo: “Não, como você fez isso! Não me parece conveniente que o médico vá ao velório de um paciente” (disse

G., R3.), “...não acredito!” (disse M., R1). O residente em questão responde: “... foi porque eu falei com a filha, [o velório] era perto de minha casa e fui...”; outro R1 concorda com X. “...eu acho que está bem...”. Nesse momento se levantam alguns, interrompendo o diálogo, enquanto que aproveito para perguntar a X. porque ele foi, e me responde:

“... gostava dele, no outro dia quando fui embora ele havia piorado ... eu sabia que ia morrer ... à noite liguei e me disseram que havia morrido ...quando cheguei no dia seguinte já não o encontrei”.

Um momento depois, quando volto a ver G., a R3 do diálogo, pergunto-lhe por que achava que X. não deveria ter ido ao velório de A. Ela me responde:

“... não sei, penso que não é bom porque você pode se envolver afetivamente até certo ponto, e não pára mais... pode ser um mecanismo de defesa, não sei”.

R. estava escutando a resposta de G. e acredita que o fato de ser um *internista* faz com que não tenha que se comprometer, já que esse tipo de médico não escolhe o paciente. Em outras palavras, não seriam seus pacientes, pois não os escolhe, mas sim porque foram assinaladas as camas pelas quais ela é responsável.

O diálogo mostra as diferentes atitudes tomadas pelos residentes diante de um problema cotidiano como a morte de um paciente. Alguns dispensam o “afetivo”; outros, como X., vivem a relação com alguns de seus pacientes de forma total, não podendo separar o que é exclusivamente médico-científico do que é subjetivo, passional. A pergunta que estava no ar mas que não foi formulada por ninguém (apesar de ter sido respondida), era o quanto é devido comprometer-se com os pacientes? Ou para expressá-lo de outra forma: como tratar esse aspecto do fazer cotidiano, que coloca o médico frente a frente com o doente enquanto totalidade?

Noutros momentos essa tensão estruturante entre o saber e o sentir pode ter características mais dramáticas. Como, por exemplo, a situação vivida por P., um residente do primeiro ano, com E., um paciente com um câncer no rosto, cujo tratamento era sumamente invasivo. E. não aceita operar-se e vai embora do hospital. Mas antes de sua saída, P. tenta convencê-lo que fique, prometendo falar com os oncólogos para ver se existe alguma alternativa. No momento em que diz isso, a sobrinha de E. (que estava presente)

vira as costas e começa a chorar. A seqüência termina com P. falando na escada, na saída do pavilhão: “E., espere, vamos sentar e conversar”. E., por sua vez, continua a descer a escada, respondendo negativamente. Quando mais tarde conversei com P., ele me disse:

“quando lhe expliquei o que tinha, me disse que não queria esperar. E está bem, eu teria feito o mesmo: **é preferível que morra de sua doença e não da doença dos médicos**, a cara dele ia ficar muito deformada...” (grifo meu).

Nessa seqüência vemos que P. precisou explicar a E. a sua doença e o seu tratamento, mas em suas palavras e em sua atitude podemos observar uma profunda tensão entre o estipulado nos ensinamentos médicos e a experiência tal como é vivida por ele.

A diferença estabelecida por P. entre a “*doença dos médicos*” e a “*doença do enfermo*” nos lembra a dicotomia pensada por Jean Clavreul (1983) entre as duas visões sobre a doença: a do médico e a do doente. Segundo Clavreul, ao anunciar-se a posição do médico apagar-se-ia a posição do doente — visto que este último sempre está de acordo com a posição do médico —, já que aceita submeter-se às análises e aos tratamentos propostos. Voltando à seqüência exposta acima, percebemos um instante em que o doente não aceita a posição do médico, quando não lhe permite agir para “liberá-lo” de sua doença. Aí se geram momentos de tensão porque escapam ao curso cotidiano dos acontecimentos, o que é esperado de uma relação médico-paciente (do ponto de vista do médico). Dessa forma, manifesta-se a *tensão estruturante*. Diante da recusa de E. em aceitar o *saber*, ao não deixar que este continue dirigindo a situação, abre-se caminho para que o *sentir* se exprima em todo seu potencial.

De alguma forma, todos os *residentes* tiveram alguma experiência parecida, mas existe uma tendência, dentro do possível, de evitá-la, já que são experiências que não podem deixar de envolver-se. A partir do que P. viveu com o paciente com câncer, os residentes se perguntam o que fazer diante dos pacientes terminais; um deles se pergunta o que fazer com uma paciente de 80 anos com leucemia, a quem propuseram fazer quimioterapia:

“mas a quimioterapia mata um garoto de 20 anos, imagine esta velha? Por que não deixar que vá para casa e morra do curso natural de sua doença? Mas não, os oncologistas dizem que têm que fazer o tratamento, que **academicamente está estipulado assim**” (grifo meu).

A tensão mostrada no relato poderia ser demonstrada na pergunta do sentido atribuído ao acadêmico: por que não deixar que ela se vá? De um outro modo, questiona-se: o que fazemos, o que nos “dita” o *saber* ou o que acreditamos que é o correto nesse caso? Nessas situações os critérios médicos se cruzam com problemas éticos ou com os aspectos humanos da disciplina.

Mesmo que esses exemplos mostrem uma preocupação genuína pelos pacientes enquanto pessoa, sua orientação prática é biologicista¹², pois essas preocupações aparecem quando há um caso terminal e os fazem refletir sobre sua prática, o que não ocorre no cotidiano. A razão oferecida por eles para não demonstrar essa preocupação seria pela falta de tempo; porque a quantidade de trabalho cotidiano não lhes deixa tempo para que pensem noutro aspecto que não seja o terapêutico.

No relato de um residente vemos com clareza a dualidade entre os aspectos terapêuticos carregados com uma dose de objetividade e os aspectos “humanos” que seriam subjetivos e secundários em relação às funções terapêuticas:

“com tanto trabalho é como se você perdesse de vista... que **você se dedica mais ao que é seu e perde de vista o paciente, como ser que pensa, que sente**. É tanto trabalho que não se tem tempo de pensar no paciente. E, de repente, é mais fácil ver que o leito 23 está com uma pancreatite e que para uma pancreatite você tem que pedir uma ecografia. Mas não é uma pancreatite, é um paciente, uma pessoa que tem um sofrimento, provavelmente devido a essa pancreatite. Estamos tão dentro nisso, que perdemos de vista o outro; mas **é, fundamentalmente, uma questão de tempo**. À noite não consigo dormir por pensar em cada paciente ...” (grifos meus).

A chave reside na palavra “fundamentalmente”; gerando a seguinte pergunta: quanto se deve a essa falta de tempo e quanto à idéia de que o “humano” não influi no tratamento?

A outra razão desse “esquecimento” se relaciona com a frase do residente “você se dedica mais ao que é seu”. Isso quer dizer que escutar o paciente não seria parte de suas preocupações? Ou seria um aspecto secundário sem importância?

¹² Temos que lembrar que mesmo que a biomedicina seja *biologicista*, nem todos a praticam da mesma forma e que, como já dissemos, depende das trajetórias individuais.

O relato de outro residente ressalta ainda mais claramente a dualidade tensionante, com a qual os residentes se enfrentam em seu aprendizado, e mostra como eles são o produto de uma formação profissional, mas que ao mesmo tempo a aceitam, sem questionar as conseqüências que essa formação acarreta:

“o que acontece é que nós somos profissionais. Fomos treinados para uma profissão que tem seus métodos, tem seus passos, às vezes independentemente da parte humana do paciente. Às vezes nos excedemos, mas não é que nos excedamos, mas sim que **deixamos de lado o paciente na parte humana e nos concentramos no estritamente profissional...**” (grifo meu).

Essa separação entre “o profissional” e “o humano” é derivada de sua formação conforme o modelo biomédico. Isso indica que existem determinadas características dos pacientes que para eles são tratáveis, e outras que não o são; não obstante, reconhecem que em determinadas circunstâncias podem ter efeitos sobre o curso da doença. Assim pensa C., que acredita que uma boa relação com o doente ajuda no tratamento (“acredito que um bom contato influi no tratamento, mas me matam se me escutam dizer isso”).

O caso da Dr. H. reflete também o mesmo que pensam os residentes. Apesar de ter-se formado em uma época diferente, considera que uma formação tecnicista produziria problemas para entender o paciente. Afirma textualmente:

“eu tenho uma formação tão tecnicista que me custa pensar que uma paciente possa ter sua psique alterada. Primeiro tenho que me convencer que ela não tem nada orgânico. Temos uma formação deficitária... se eu penso que a pessoa é ela própria e sua circunstância, tenho que pensar nas influências destas circunstâncias na pessoa, na patologia. **Mesmo sabendo disso, me nego a aceitá-lo**” (grifo meu).

Uma prova de que essa preocupação pelo “profissional” em detrimento do “humano” é uma derivação do modelo biomédico no qual os médicos são formados pode ser observada no texto de Robert Hahn (1985). Ele constrói um retrato das representações de um médico especialista em medicina interna. No trabalho mencionado, Hahn destaca dois conselhos dados pelo médico interno a seus residentes: “escutem o paciente” e “façam a história do paciente”. Esses conselhos, para o autor, têm, aparentemente, conformidade

com o compromisso atual de se tratar a totalidade da pessoa, os interesses do paciente, a individualidade, contexto, etc. Mas posteriormente ressalta Hahn:

“este compromisso é enganoso. Barry redireciona a informação delimitada, deduzida do paciente para o exame fisiológico. ‘Escutem o paciente’ e ‘façam a história do paciente’ não são esforços de compreender o mundo de vida do paciente, seus significados internos, medos, os desejos, mas sim, servem mais para diagnosticar uma doença concebida por critérios independentes de suas realizações pessoais”.

Este exemplo nos mostra como em um contexto marcadamente diferente do que encontramos no “hospital” de nossa etnografia se tem uma idéia de doença semelhante, que permite ser tratada fazendo caso omissos às características individuais do paciente.

Essa similitude não é obra da casualidade, mas sim do fato que o médico do trabalho de Hahn e os médicos do nosso trabalho respondem a um mesmo modelo de medicina, que é o modelo biomédico (apesar de este modelo receber ressignificações de acordo ao campo específico em que se queira estudá-lo).

A Modo de Síntese

A delimitação do “profissional” e do “humano”, ou do saber e do sentir, como dois conjuntos de representações separadas, se manifesta em forma permanente nas práticas cotidianas do serviço. A biomedicina, baseada na construção dualista que derivou no que chamamos de tensão estruturante, para sua constituição como um campo de saber “científico” dividiu três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles. Deslocou para o subconsciente aqueles aspectos dessas totalidades que não se encaixavam nesse discurso criado sobre o processo de saúde-doença. Mas, cotidianamente, isso que foi reprimido encontra uma brecha que possibilita sua manifestação, fazendo sentir seus efeitos na prática biomédica cotidiana.

Nesse processo, em que se institui a biomedicina, o hospital vai se constituindo pouco a pouco, no espaço essencial onde se joga a relação de aprendizagem, no espaço fundamental onde a doença é “mostrada”, onde se impõe o olhar médico. Em outras palavras, o hospital se constitui no teatro onde as três totalidades digitalizadas criam e recriam dramas sociais novos

e antigos. Ao mesmo tempo em que se manifesta a tensão estruturante — consequência da filosofia dualista que a biomedicina colocou como sua pedra fundamental.

É na biomedicina “dualizante” que os residentes formam seus *habitus* médicos e é a esta que aderem. Mas essa adesão lhes põe diante de um conflito que pode ser mais ou menos subconsciente e que em determinadas situações se converte em um dilema ético, de difícil solução. Os residentes se encontram prisioneiros em sua prática cotidiana por um *duplo vínculo*, pois ao rechaçarem o dualismo fundamental pelas próprias consequências, rechaçam também o princípio básico de sua aprendizagem. Mas, por outro lado, se o aceitam, respondendo à tradição que os formou, se envolvem em um conflito que, justamente por sua característica estruturante, não tem saída.

Referências Bibliográficas

- BASZANGER, I. Socialisation professionnelle et contrôle social. *Revue Française de sociologie*, XXII, p. 223-245, 1981.
- _____. La construction d'un monde professionnel: entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*, n. 3, p. 275-294, 1983.
- _____. Pain: its experience and treatments. *Social Science and Medicine*, v. 29, n. 3, p. 425-434, 1989.
- BOBENRIETH, M. El hospital como centro de educación y adiestramiento. *Educación Médica y Salud*, v. 6, n. 2, p. 106-116, 1972.
- BONVIN, F. Le malade objet. In: BOURDIEU, P. (org.). *La misère du monde*. Paris: Seuil. 1993. p. 871-880.
- BOURDIEU, P. *Ce que parler veut dire*. Paris: Fayard, 1982.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. *Respuestas. Para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo, 1995.
- CLAVREUL, J. *El orden médico*. Barcelona: Argot, 1983.
- DAVILA, C. Hospitales de enseñanza. *Educación Médica y Salud*, v. 6, n. 2, p. 117-129, 1972.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa, nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1988.
- _____. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 43-73, 1993.

- _____. Pessoa e dor no Ocidente (o 'holismo metodológico' na antropologia da saúde e doença). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 13-28, 1998.
- DUMONT, L. *Ensayos sobre el individualismo*. Madri: Alianza, 1987.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *El nacimiento de la clínica*. Mexico: Siglo XXI, 1991.
- FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1978.
- GOOD, M.; GOOD, B. Disabling practitioners: hazards of learning to be a doctor in American medical education. *American Journal Orthopsychiatry*, v. 59, n. 2, p. 302-309, 1989.
- HAHN, R. A world of internal medicine: portrait of an internist. In: HAHN, R.; GAINES, A. (orgs.). *Physicians of Western medicine, anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht (Holland): Reidel Publishing, 1985.
- HERZLICH, C.; BUNGENER, M.; PAICHELER, G.; ROUSSIN, P.; ZUBER, M. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français - 1930-1980*. Paris: INSERM, 1993.
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris: La Découverte, 1988.
- LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF, 1995.
- ROSALDO, R. *Cultura y verdad*. México: Grijalbo, 1991.
- SAHLINS, M. *Islas de historia*. Barcelona: Gedisa, 1988.
- TURNER, V. *O proceso ritual*. Petropolis: Vozes, 1974.
- _____. Social dramas and stories about them. In: MITCHEL, W. J. T. (ed.). *On narrative*. Chicago: The University of Chicago Press, 1980, p. 137-164.
- _____. *La selva de los símbolos*. Madri: Paidós, 1990.
- VISACOWSKY, S. ¿Qué sabe la teoría de sí misma?. La cuestión de las relaciones del psicoanálisis con el hospital desde la lógica de las prácticas. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 5, p. 105-132, 1991.