



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

*A HORA INESFIZIVEL -
Entre mãe e mulher*

**UM ESTUDO COM RESIDENTES EM OBSTETRÍCIA/
GINECOLOGIA DO IFF/FIOCRUZ**

Ana Cristina Bohrer Gilbert

Rio de Janeiro, fevereiro de 2005.

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

*A MORR A INSTÁVEL -
Entre mãe e mulher*

**UM ESTUDO COM RESIDENTES EM OBSTETRÍCIA/
GINECOLOGIA DO IFF/FIOCRUZ**

Mestranda: Ana Cristina Bohrer Gilbert
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão
de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da
Mulher do Instituto Fernandes Figueira da
Fundação Oswaldo Cruz, como Requisito Parcial
para Obtenção do Grau de Mestre em Ciências –
Área de Saúde da Criança e da Mulher

Suporte financeiro: CAPES

Rio de Janeiro, fevereiro de 2005.

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

G463h Gilbert, Ana Cristina Bohrer
A hora instável entre mãe e mulher: um estudo com residentes
em obstetrícia-ginecologia do IFF-FIOCRUZ / Ana Cristina Bohrer
Gilbert – 2005.
xix, 130f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e Mulher) –
Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2005.
Orientador: Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso
Bibliografia: f. 122-130

1. Saúde da Mulher. 2. Obstetrícia. 3. Ginecologia. 4.
Internato e Residência. I. Título.

CDD – 20ª ed. 618.2

**Ao Peter, jardineiro incansável do meu jardim interior.
A ele, sempre.**

AGRADECIMENTOS

Sempre gostei de palavras. Lembro de saborear algumas em criança... Aprendi a lê-las aos cinco anos, em casa mesmo, com minha mãe. Mas uma lembrança é anterior: vejo-me com um livro de Monteiro Lobato, aberto sobre as pernas, vendo aquelas coisinhas pretas, letras, palavras e não as conseguindo decifrar: ainda não sabia como. Muitas lembranças minhas de criança bem pequena são assim: como imagens, fotografias.

De certa forma, na Psicologia, trabalho com as palavras: as expressas verbalmente, as não ditas, as que são mostradas pelo corpo...; mas também com

imagens, que são construídas, tecidas no decorrer do processo de escovar as palavras, como diz Manoel de Barros na poesia¹, e que nos clareiam significados.

Aqui também, nesta pesquisa, estou a mexer com palavras, agora as dos residentes em Obstetrícia/Ginecologia do IFF, aos quais agradeço imensamente, pois sem eles não haveria palavras a serem escovadas por amor.

Agradeço também às mulheres, que por confiança compartilharam comigo suas histórias, suas lembranças, suas palavras. Elas são a fonte inspiradora deste trabalho.

À Dra. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso, orientadora, companheira de percurso, pelo apoio, respeito e presença constantes, por acreditar numa idéia. Nossos caminhos se cruzaram guiados pelas pistas deixadas pelas histórias...

A todos os professores da Pós Graduação; cada um deles trouxe uma contribuição inestimável ao meu processo.

Aos colegas da turma de 2003, cujo convívio contribuiu enormemente para amenizar as incertezas, as inseguranças, o cansaço.

À Dra. Cláudia Barquinha, chefe do Serviço de Obstetrícia, por colocar o serviço à minha disposição, para que nele eu pudesse transitar no decorrer da pesquisa de campo.

Ao Dr. Márcio Lamblet, chefe do Serviço de Ginecologia, por me receber no serviço e nas reuniões de CIC, para que eu pudesse realizar o período de observação.

Ao Dr. Nilo Vidigal de Carvalho, pelas informações preciosas sobre a residência médica no IFF e por me receber nas reuniões do Clube do Feto.

Ao Dr. Fábio Russomano, sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas quanto ao serviço de Ginecologia, ao programa de residência médica e aos termos médicos utilizados nas reuniões de CIC.

Ao Dr. Rogério Christiano Buys, que acompanhou diversos momentos importantes de minha vida profissional e à Dra. Susana Maciel Guillaume, que acompanhou este momento importante do mestrado, pela delicadeza dos comentários. Ambos trouxeram contribuições preciosas a este trabalho.

À Dra. Maria Auxiliadora Monteiro Villar e ao Dr. Paulo Roberto Canella pela generosidade em comentar o projeto de pesquisa.

À Maria Alice Franco de Souza, por ter sempre me apoiado, desde antes, quando comecei as pesquisas bibliográficas no IFF.

¹ A poesia encontra-se na página 26.

Aos funcionários da Pós-Graduação, especialmente Flávio, Ivania, Júlio e Paulo, por trazerem luz e cor à rotina burocrática do Mestrado. Sem eles, o processo seria muito mais difícil.

À Mara Ferreira, por me incumbir de "guardar" certas palavras que lhe são caras e pela preocupação constante em me trazer materiais que pudessem contribuir para a pesquisa.

À fotógrafa Simone Rodrigues, pelas conversas sobre o olhar e a fotografia e por me abrir gentilmente as portas da biblioteca do Ateliê da Imagem.

Ao Dr. Mário Félix, à Dra. Ethel Mariam Voloch e à Dra. Suely Engelhard, por me ajudarem a resgatar facetas adormecidas de mim.

Ao Peter Alentejano Gilbert, com quem escolhi caminhar pela vida, pela infinita paciência com que acompanhou este processo; pelas horas gastas revisando os originais, formatando *slides* de apresentações, resolvendo impasses entre mim e o computador, quando este teimava em não me atender.

À minha família, por respeitar as minhas ausências, mesmo que muitas vezes sob protestos.

Aos amigos, pelo estímulo nos momentos em que eu mais precisava.

Ao dono do baú das palavras, por me permitir usá-las.

E, finalmente, devo registrar o apoio recebido da CAPES, através de bolsa de mestrado, sem a qual não teria sido possível concluir este trabalho.

RESUMO:

A base dos conhecimentos e práticas da medicina, e da ciência em geral, está estreitamente vinculada à cultura, da mesma forma que a história que a paciente constrói sobre sua doença, os significados a ela atribuídos, ao seu corpo e ao seu sofrimento.

Ao se escolher como objeto de estudo desta pesquisa os discursos médicos dos residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira sobre mulheres doentes, buscou-se, por um lado, explicitar os significados culturais que estão presentes nesse discurso sobre o *ser mulher* e seu *processo de saúde-doença*, e o uso de linguagem figurada para exprimir a prática de assistência à mulher; e por outro, reconstruir os caminhos de escolha da especialidade e entender como os residentes percebem o processo de "corporificação" da doença num corpo de mulher – a articulação entre o geral e o singular - nesse momento de transição, onde convivem duas dimensões: a do ensino e a da assistência.

A pesquisa foi realizada sob a forma de um estudo de caso institucional e constou de duas etapas: observação-participante das reuniões de Obstetrícia (Clube do Feto) e de Ginecologia (Confirmação de Indicação Cirúrgica – CIC); e aplicação do método para construção de fontes orais (Cardoso, 1989) com os residentes em Obstetrícia/Ginecologia ao final do segundo ano da Residência Médica.

A interpretação do material foi feita de acordo com o modelo indiciário proposto por Ginzburg (2001a), que prioriza as sutilezas, os indícios, os detalhes, enfim, o material implícito na leitura das falas dos depoentes. O procedimento técnico-metodológico utilizado nessa leitura incluiu uma codificação qualitativa analítica das entrevistas e posterior análise semiótica.

Os resultados apontam para: a) a percepção da mulher como essencialmente mãe, cujo processo de adoecimento é focado prioritariamente em sua função reprodutiva, sendo a doença vista como lesão e desvio de um padrão de normalidade; b) o crescente aumento de tecnologia, sobretudo no uso de exames por imagem, que provoca um distanciamento do eixo semiológico, como percurso indiciário de interpretação de sinais e sintomas; c) a necessidade de especialização crescente como estratégia de mercado e segurança e d) a medicalização, inserida no contexto *cyborg*, como envolvendo práticas materiais-semióticas de produção de significados.

ABSTRACT:

The basis for practice and knowledge construction in medicine, and science in general, are closely linked to culture, in the same way as the patient's construction of the story and meanings of her illness, her body and her suffering.

When choosing, as the object of this research, Obstetric/Gynecology medical residents discourses about sick women at the Instituto Fernandes Figueira, the idea was, from one perspective, to explicit the cultural meanings related to being women and their process of health-illness, present in such discourses, and the use of non-literal language to express the practice of assisting women; and, from another perspective, to understand why the residents chose this medical specialty and how they perceive the embodiment of the disease in a woman's body – from general to singular – during their transition period, from student to physician.

This was an institutional case study research comprising two different steps: participant-observation in Obstetric (Clube do Feto) and Gynecology (Confirmação de Indicação Cirúrgica – CIC) meetings; and the use of oral fonts construction method (Cardoso, 1989) with Obstetric/Gynecology residents at the end of their second year as Medical Residents.

Sign-based analysis, as proposed by Ginzburg (2001a), that prioritizes vestiges, details, subtleties, i.e., what lies implicit in the interviews, was used to analyze the data collected. The technical-methodological procedure used includes a qualitative analytical codification of the interviews and a subsequent semiotic analysis.

Results of this research point to: a) women are seen, essentially, as mothers, and their disease is seen as a lesion and deviation from a normality pattern focused, primarily, in their reproductive function; b) technology evolution, mainly in the growing use of image-based testing, is contributing to reduce the importance of semiology, as a means to interpret signs and symptoms; c) the growing need for specialization as a market and security strategy; and d) the medicalisation, inserted in the cyborg context, as a process of material-semiotic practices of meanings construction.

SUMÁRIO:

Introdução	X
1 - Discursos médicos em construção	1
1.1 - O raciocínio clínico	2
1.2 - A residência médica	7
1.3 - O corpo, o risco, o mesmo e o outro	12
1.4 - Gênero/ciência e a Obstetrícia/Ginecologia	21
2 - Escovando palavras – a construção de fontes orais	26
2.1 - O método	27
2.2 - Análise dos dados	35
2.3 - "Esboços" – os residentes, por eles mesmos	38
2.4 - Os depoimentos	48
a) Percepções sobre o PAISM	48
b) O médico e suas relações	62
c) Perfil do médico G.O. e escolha da especialidade	84
d) Mulher, medicina e tecnologia	98
Considerações finais	115
Referências bibliográficas	122

Introdução

Por caminhos tortos, viera a cair num destino de mulher, com a surpresa de nele caber como se o tivesse inventado. O homem com quem casara era um homem verdadeiro, os filhos que tivera eram filhos verdadeiros. Sua juventude anterior parecia-lhe estranha como uma doença de vida (...)

Sua precaução reduzia-se a tomar cuidado na hora perigosa da tarde, quando a casa estava vazia sem precisar mais dela, o sol alto, cada membro da família distribuído nas suas funções. Olhando os móveis limpos, seu coração se apertava um pouco em espanto. Mas na sua vida não havia lugar para que sentisse ternura pelo seu espanto — ela o abafava com a mesma habilidade que as lides em casa lhe haviam transmitido. Saía então para fazer compras ou levar objetos para consertar, cuidando do lar e da família à revelia deles. Quando voltasse era o fim da tarde e as crianças vindas do colégio exigiam-na. Assim chegaria a noite, com sua tranqüila vibração. De manhã acordaria aureolada pelos calmos deveres. Encontrava os móveis de novo empoeirados e sujos, como se voltassem arrependidos. Quanto a ela mesma, fazia obscuramente parte das raízes negras e suaves do mundo. E alimentava anonimamente a vida. Estava bom assim. Assim ela o quisera e escolhera.

O bonde vacilava nos trilhos, entrava em ruas largas. Logo um vento mais úmido soprava anunciando, mais que o fim da tarde, o fim da hora instável.

Trecho do conto *Amor* (Clarice Lispector, 1975)

Italo Calvino, jornalista e escritor italiano, em suas Seis Propostas para o Próximo Milênio (1990), uma série de conferências que haviam sido preparadas para a Universidade de Harvard, nomeia seis qualidades da escritura, Leveza, Rapidez, Exatidão, Visibilidade, Multiplicidade e Consistência (esta última jamais foi escrita, e as conferências não foram proferidas devido à morte do autor), mas que deveriam estar presentes não só na atividade de escritores, mas também guiar toda a nossa existência.

Apesar de esta ser uma dissertação de mestrado e não um texto literário, parece pertinente estar atento a elas, no sentido de produzir um texto de leitura aprazível e com clareza de linguagem para que possa transmitir o que se propõe.

Da primeira qualidade, a leveza, o que se extrai para este trabalho é a capacidade de olhar o objeto de estudo a partir de outras perspectivas, outros enfoques, para que dele se retire o peso do olhar cristalizado, risco sempre presente, tal qual a possibilidade de petrificação causada pelo olhar inexorável da Medusa, do mito grego. Como diz o autor, sempre que o mundo humano torna-se inescapavelmente dotado de peso, sua busca se dá no sentido de mudar seu *"ponto de observação, [...] considerar o mundo sob uma outra ótica, outra lógica, outros meios de conhecimento e controle."* (Calvino, *op.cit.*:19).

A segunda, a rapidez, fala de aspectos importantes relativos à estrutura narrativa e ao estilo: a economia, o ritmo e a lógica, e é ela que permite que se possa passear pelos diversos temas que permeiam esta dissertação, uma vez que ela se utiliza do arcabouço teórico de várias disciplinas, como a História, a Antropologia, a Psicologia, a Medicina, a Literatura e a Fotografia, sem perder o fio do relato, que vai pouco a pouco sendo tecido numa trama nem muito "frouxa", nem muito "apertada", e, por que não dizer, com um toque poético. Vive-se numa época em que os meios de comunicação tornaram-se extremamente velozes e com um imenso poder de alcance, o que coloca em risco a diversidade da comunicação, sob pena de transformá-la em algo uniforme e homogêneo.

Evoca-se a terceira qualidade, a exatidão, para que esta possa ser uma obra bem definida, que possa despertar imagens nítidas no leitor, numa linguagem a mais precisa possível, não só em termos dos vocábulos utilizados, mas também na sua capacidade de transmitir as idéias e suas nuances.

A visibilidade conecta-se com a qualidade anterior, quando se fala em despertar imagens: trata-se de resgatar uma faculdade humana, para o autor, fundamental, que é o

pensar por imagens. Segundo Calvino, o discurso por imagens, que caracteriza o mito, pode ser encontrado em qualquer tipo de linguagem, mesmo a que parece mais afastada da imagem visual, que é a linguagem científica. *"Mesmo quando lemos o livro científico mais técnico ou o mais abstrato dos livros de filosofia, podemos encontrar uma frase que inesperadamente serve de estímulo à fantasia figurativa"* (Calvino, *op.cit.*:105). Espera-se que este texto possa servir de estímulo à evocação de imagens, carregadas de significados, dentro dos quais possam se esconder outros mais, numa rede de analogias, correspondências e confrontações.

E, por fim, da multiplicidade, extrai-se a idéia de que, para a ciência, já não bastam explicações e soluções gerais: a visão do mundo é plural e multifacetada, construída pela urdidura dos fios de diversos saberes e códigos, de forma a produzir perspectivas setoriais, com possibilidade de redes de conexões, como na metáfora do *hipertexto* trazida por Haraway (1997), a partir do seu significado literal, que o define como um programa em computação que permite estabelecer e seguir conexões a partir de nós vinculados entre si, que podem ser desde palavras, páginas e imagens, até documentos complexos (Castiel, 1996).

"(...) quem somos nós, quem é cada um de nós senão uma combinatória de experiências, de informações, de leitura, de imaginações? Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser continuamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis" (Calvino, *op.cit.*:138).

A partir da inspiração que tais qualidades despertam, como as musas gregas, desenvolver-se-á esta dissertação.

Este trabalho surge do interesse profissional e pessoal da autora em entender como os profissionais médicos ainda em formação – residentes –, que escolhem a especialidade de Obstetrícia/Ginecologia, falam sobre as mulheres que atendem e de que forma esse discurso é construído.

Psicóloga de formação, venho trabalhando essencialmente com mulheres, nos níveis público/hospitalar e privado, e também como colaboradora de uma ONG voltada para capacitação de mulheres de baixa renda.

Questões relativas ao adoecimento, entendido como um processo, e não como extremos pontuais e separados – saúde e doença –, que comporta múltiplos matizes, sempre estiveram presentes na minha atividade, trazendo à tona a dificuldade dessas

mulheres de incorporar e viver o diferente, a sensação, muitas vezes, de não serem ouvidas e o medo de questionar sobre os próprios corpos. Tal experiência despertou o meu interesse em escutar como os profissionais em formação em Obstetrícia/Ginecologia constroem o discurso sobre a mulher.

Assim, o objeto de estudo deste trabalho são os *discursos médicos* dos residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira sobre mulheres doentes, com o objetivo de explicitar quais os significados culturais sobre o *ser mulher* e seu *processo de saúde-doença* que orientam esses discursos.

Pretende-se também discutir como os residentes percebem a transição entre o contato com o sujeito eminentemente teórico, durante a graduação, e a corporificação da doença num corpo de mulher; analisar a presença da linguagem figurada para exprimir a prática de assistência à mulher e reconstruir os caminhos da escolha da especialidade.

Este estudo parte dos seguintes pressupostos: a) os discursos médicos são constituídos e legitimados culturalmente e expressam significados sobre a mulher e seu processo de saúde-doença que a caracterizam em sua função reprodutiva, que é naturalizada e b) em face da gravidade dos casos atendidos no IFF (seja da mulher ou do seu bebê) a tendência dos residentes é a de se aproximar mais da *epistême* – dimensão relacionada ao saber teórico – e a de se afastar da *phronesis* – dimensão relacionada à prática clínica, indiciária.

Ao tentar explicitar os significados culturais presentes nesses discursos, busca-se entender a quais tradições e valores eles se remetem e em que grau de sublimaridade podem estar sendo passados aos estudantes ou aos já médicos.

O discurso pressupõe uma dimensão temporal e remete a um processo semiótico, isto é, "*da ordem (...) da relação entre estruturas e processos de significação discursiva*" (Cardoso, 1997: 14). Donna Haraway (1997) o define como sendo algo mais que palavras: ele se refere a "*práticas materiais semióticas através das quais os objetos de atenção e os sujeitos que conhecem são ambos constituídos*" (p.218). A relação que se estabelece entre o médico e sua paciente² é marcada, portanto, por tais práticas, que envolvem histórias específicas, tarefas e significados.

Num campo de saber como a medicina, que carrega as marcas de um objetivismo (Keller, 1999) que cria a ilusão de um estereótipo de ciência, capaz de controle total, asséptica e neutra e que se aproxima do seu objeto de estudo sem interferências ditas

² Nesta pesquisa, o paciente será sempre referido no feminino e o médico, no masculino, de forma genérica, englobando assim homens e mulheres.

subjetivas, essa malha de significados que perpassam sujeito e objeto permanece implícita ou é desconsiderada.

O pensamento racional científico é considerado, de forma consensuada coletivamente, como despido de emoções; no entanto, não há objetividade sem subjetividade (Fleck, 1981). Esse consenso surge dentro do que Fleck definiu como coletivo de pensamento, resultante da troca de idéias entre pessoas e que determina a produção do conhecimento, fruto de um determinado contexto histórico e social.

Estar inserido em um coletivo de pensamento implica em compartilhar um determinado estilo de pensamento, uma característica imposta, não voluntária, necessária a esse processo de inclusão (Fleck, *op.cit.*), que determina, por exemplo, no caso específico dos médicos, quais textos são lidos, como são lidos e como se dá a incorporação do conhecimento disponível (Camargo Jr, 2003).

A tecnologia e a ciência se propõem livres de vieses, com alto grau de acurácia, dignas de crédito e como não envolvendo tropos, isto é, linguagem não-literal ou outro tipo de material semiótico. Pretendem trabalhar com as coisas em si ou a vida em si (Haraway, 1997) e não percebem que nesse processo de negação da linguagem figurada, criam outros tipos especiais de tropo: os modelos, que podem ser tomados como fetiches nos sentidos psicanalítico, científico e econômico.

Fetiches são substitutos investidos de poder; a substituição é esquecida e, portanto, são tomados como linguagem literal, tornando ilusoriamente as coisas claras e sob controle. Fetiches científicos localizam o erro na cultura, local por excelência das figuras de linguagem, e o igualam à contingência, à finitude e à diferença.

A noção de conhecimentos localizados contrasta enormemente com o conceito de "*vida em si*", um tipo de literalismo que permeia o discurso da ciência, buscando fixar as relações dinâmicas entre natureza e cultura, e que a faz se acreditar livre de toda linguagem figurada. A ciência não "paira" descorporificada, acima de qualquer contingência, mas está inserida em uma dimensão histórica, cultural, não universal. Uma das repercussões é considerar a diferença como fazendo parte da ciência e perceber que negar essa diferença implica em reduzir tudo ao *mesmo* (Haraway, 1991), o olhar estereotipado masculino, que desconsidera os atributos femininos, que também são estereotipados.

Os médicos, como todo ser humano, são seres históricos, localizados num determinado tempo e espaço, repletos de significados, que são constituídos

culturalmente, sobre a realidade que os cerca, sobre si mesmos e também sobre suas pacientes.

Pode-se pensar cultura como uma lente através da qual é possível enxergar o mundo (Rodrigues, 1989). Na verdade, essa lente é multifocal: não existe a cultura, mas sim culturas, "*correspondentes à multiplicidade dos grupos humanos e a seus momentos históricos*" (p.132). Cada uma dessas culturas, mais

"que um somatório de valores, artefatos, crenças, mitos, rituais, comportamentos (...) é uma gramática que delinea e gera os elementos que a constituem e lhe são pertinentes, além de atribuir sentido às relações entre os mesmos" (ibid.).

Durante a formação médica, os conhecimentos assimilados, predominantemente teóricos, são permeados por esses significados culturais, apreendidos subliminarmente e reproduzidos no contato com as pacientes, sob a forma de valores, padrões, expectativas.

A base de conhecimentos e práticas da medicina está estreitamente articulada à cultura: é a cultura que "*determina a história social dos corpos, define como eles tornaram-se objetos de curiosidade e poder*" (Cardoso, 2000:26). A história que o paciente constrói sobre sua doença, os sentidos a ela atribuídos, ao seu corpo e ao seu sofrimento em geral, também têm sua base na cultura.

O aluno de Medicina, ainda na graduação, começa a realizar uma transição entre o contato com um sujeito teórico, através de informações técnico-científicas e o contato com a pessoa humana real. Porém, é no momento da residência médica que essa transição se acentua, pois existe agora o peso de ser profissional, de ser responsável pelo ato médico. Grande é o contraste, pois o sujeito real nem sempre se comporta da forma esperada, e traz questões que colocam em evidência os significados culturais enraizados no médico, que podem estar interferindo no seu exercício clínico. Essa transição envolve também escolha, a questão da escolha da especialidade, que certamente é orientada por aptidões, interesses e expectativas.

A residência médica é uma modalidade de ensino, ao nível de pós-graduação, voltada para médicos com vistas a uma especialização. Caracteriza-se por conjugar ensino e assistência, de forma que os residentes são profissionais e ainda alunos em processo de construção de um discurso sobre as pacientes.

O treinamento clínico do médico residente envolve principalmente o aprimoramento do raciocínio clínico, enquanto instrumento da prática clínica, dentro de

uma hierarquia acadêmica de aquisição de conhecimento, e é através dele que faz a articulação entre o caso individual – a doença corporificada, neste caso, num corpo de mulher - e a teoria geral sobre as doenças.

O olhar clínico que é apurado no treinamento médico vai além do sentido físico da visão: é um olhar ampliado, ao qual são acrescentadas as ferramentas das tecnologias de comunicação e biotecnologias, fatores fundamentais na modelagem dos corpos humanos, e, particularmente, dos corpos das mulheres, alvos de visualização e intervenção (Haraway, 1991).

Discursos falam do que vêem, de como vêem, e de quem vêem. A visão, para a ciência, tem sido uma poderosa metáfora de saber, de disciplina e de poder, usada para marcar os corpos dos que são vistos, a partir de uma posição que se propõe universal e absoluta, que se pensa objetiva e transcendente: um modelo que expressa uma separação entre sujeito e objeto.

Versões feministas sobre objetividade argumentam que não é possível se discutir ciência assumindo uma posição universal, pois tal posição descola-se de um determinado contexto; ao invés disso propõem, não uma visão única em ciência, mas perspectivas parciais, conhecimentos localizados, críticos e responsáveis, sustentando a possibilidade de estabelecimento de redes de conexões (Haraway, 1991). É de um tipo de atitude dessas que o presente trabalho pretende partir.

Este estudo volta-se para dois temas da saúde coletiva: saúde da mulher e formação médica.

A **saúde da mulher** constitui foco de um dos programas do Governo: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), baseado no conceito de integralidade da assistência, que surge em 1983, com vistas a ampliar o atendimento à mulher, para além do período gravídico-puerperal, visando promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Objetiva que sejam oferecidas atividades de assistência clínica e educativa, que abarquem não só o período reprodutivo – pré-natal, parto e puerpério, mas também outros problemas que vão desde a adolescência até a terceira idade, doenças sexualmente transmissíveis, câncer cérvico-uterino e mamário, concepção e contracepção (M.S., 1984).

A identificação dos significados culturais que impregnam os discursos médicos dos profissionais ainda em formação, pode tornar mais compreensível o efeito de determinadas ações e a possibilidade de redirecionamento das mesmas, no sentido de torná-las mais eficazes.

Mudanças de cultura não ocorrem a partir de ações a curto prazo. A reorientação da prática em direção a uma maior integralidade no atendimento está permeada por questões mais profundas, como os valores culturais arraigadamente presentes nos profissionais e implícitos nos contatos realizados com suas pacientes, acerca de seus corpos e seu processo de adoecimento.

A escolha de se estudar **formação médica**, especificamente o âmbito da residência em Obstetrícia/Ginecologia, justifica-se por se tratar de um momento de transição entre a graduação e a prática profissional dentro de uma determinada especialidade da Medicina, que comporta uma série de ambigüidades, dúvidas e inseguranças, com relação à definição da medicina como ciência, cujo objeto de estudo é a doença, e como arte, relativa à clínica, que lida com as singularidades individuais das pacientes, que não se adequa totalmente à teoria geral das doenças e que valoriza a experiência do médico.

Residência médica, raciocínio clínico/saber médico e corpo/gênero são categorias que se interconectam através da mediação da cultura. É através de suas lentes que circulam valores, padrões, conceitos e preconceitos concernentes a essas categorias.

Na primeira parte, denominada **Discursos médicos em construção**, busca-se entender o processo de constituição da Medicina ocidental moderna, a partir das mudanças ocorridas no século XIX, com o delineamento do método anátomo-clínico, e as implicações de tais mudanças no desenvolvimento do raciocínio clínico. Faz-se uma caracterização da Residência Médica, como modalidade de especialização que conjuga ensino e assistência, com vistas a elucidar o percurso da formação médica, não apenas em termos técnico-teóricos, mas também culturais como lentes através das quais o médico dá significado ao mundo.

Discute-se também qual o conceito de corpo compartilhado culturalmente e que é trazido para a Medicina pelos médicos e por suas pacientes e suas conexões com ciência e gênero.

A segunda parte, **Escovando palavras – a construção de fontes orais** -, está dividida em quatro partes: 1) o **método**, que descreve os procedimentos técnico-metodológicos utilizados na pesquisa e a escolha do campo; 2) **análise dos dados**, que apresenta o modelo indiciário e o percurso gerativo textual de Greimas e Courtés utilizados na análise dos depoimentos; 3) **“esboços” – os residentes por eles mesmos** -, composto de uma pequena narrativa sobre cada um dos depoentes, no sentido de recontar o que cada um apresentou de si; 4) os **depoimentos**, onde os temas suscitados

nas entrevistas servem como fio condutor para a discussão teórica. No sentido de facilitar essa discussão, o material colhido foi agrupado em quatro grandes temas, que se interpenetram ao longo da dissertação. São eles a) percepções sobre o PAISM; b) o médico e suas relações; c) perfil do médico G.O. e a escolha da especialidade e d) mulher, medicina e tecnologia.

Nas considerações finais, aborda-se a medicalização do corpo da mulher como processo inserido no contexto *cyborg*, dada a impossibilidade de se considerar o corpo humano genuíno, isento de qualquer tipo de intermediação. Considera-se que as narrativas sobre gestação e parto, no caso da Obstetrícia, e as narrativas sobre terapia de reposição hormonal (TRH), na Ginecologia, constituem exemplos desse contexto, visto que são locais privilegiados de intervenção tecnobiocientífica, possibilitando discussões sobre as relações entre o mesmo e o diferente, o eu e o outro, dentro e fora, reconhecimento e estranhamento.



O título que nomeia esta dissertação foi colhido num conto de Clarice Lispector, chamado Amor (1975) ³.

O conto fala de Ana, mulher casada, com dois filhos, e de sua dedicação exclusiva à família, motivo de orgulho e tranqüilidade... desde que a hora instável, a hora perigosa da tarde, fosse mantida sob controle.

A essa hora, quando o mundo externo já não a necessita, corre o risco de que surjam do seu mundo interno solicitações, aspectos da sombra no sentido junguiano ⁴, que podem trazer instabilidade e questionamento a sua vida.

Sem querer, um dia a essa hora, a presença de um homem cego num ponto de bonde, lança-a nesse mundo interior vastíssimo, rico em sensações e imagens que trazem à tona uma Ana desconhecida de si mesma, que só com dificuldade é capaz de regressar à sua vida externa, não completamente como antes, pode-se dizer.

³ A fotografia que ilustra a capa desta dissertação foi feita pela autora no Jardim Botânico do Rio de Janeiro.

⁴ A sombra "*representa qualidades e atributos desconhecidos ou pouco conhecidos do ego – aspectos que pertencem sobretudo à esfera pessoal e que poderiam também ser conscientes. Sob certos ângulos a sombra pode, igualmente, consistir de fatores coletivos que brotam de uma fonte situada fora da vida pessoal do indivíduo*". (Von Franz, 1996: 168).

A hora instável, nesta dissertação, fala da instabilidade com que a natureza feminina foi vista até o início do século XX, uma natureza perigosa e propensa à desordem, devendo ser controlada. E tanto mais perigosa quanto mais afastada de suas funções "naturais" de reprodução.

Fala também do momento do encontro entre o médico e sua paciente, do incômodo que surge, quando a doença palpável se esfumaça e surgem questões que tomam a ambos pela mão e os convidam a ingressar numa zona desconhecida dos dois, onde não é a mãe que prevalece, mas a mulher, esta muito mais ampla e menos delimitada, inclusive espacialmente. São temas ligados à sexualidade ou a aspectos que se referem ao desconforto da doença não revelada e que ultrapassam a tranqüilidade do consultório ou da sala de cirurgia.

Discursos médicos são construídos e legitimados culturalmente e expressam significados sobre a mulher e seu processo de saúde-doença que refletem concepções sobre corpo, gênero, saúde e doença que são reproduzidas pela Medicina e, de maneira mais ampla, pela ciência.

Ao se analisar indiciariamente tais discursos, buscou-se explicitar essas concepções que aparecem no falar sobre a paciente, a natureza do cuidado que lhe dispensam por se tratar de um corpo de mulher, e a forma como os residentes vivenciam o momento de transição que caracteriza a residência e a construção do discurso sobre a mulher.



1 - Discursos médicos em construção

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.
Livro dos Conselhos (Saramago, 1998, Epígrafe)

(...) A um médico não bastam as mãos, um médico cura com fármacos, drogas, compostos químicos, combinações disto e daquilo, e aqui não há rasto deles, nem a esperança de os conseguir. Não tinha sequer olhos para notar uma palidez, para observar um rubor da circulação periférica, quantas vezes, sem necessidade de mais minuciosos exames, esses sinais exteriores equivaliam a uma história clínica completa, ou a coloração das mucosas e dos pigmentos, com altíssima probabilidade de acerto (...)
José Saramago (*op.cit.*:74)

O marco referencial teórico a ser utilizado para embasar as hipóteses é composto de quatro categorias analíticas, isto é, classes genéricas que articulam grupos de conceitos: 1) raciocínio clínico, 2) residência em Obstetrícia/Ginecologia, 3) o corpo, o risco, o mesmo e o outro e 4) gênero/ciência e a Obstetrícia/Ginecologia.

1.1 – O raciocínio clínico:

Principal foco da formação médica, o raciocínio clínico é o que capacita o médico a exercer a clínica, fazendo a articulação entre a teoria e a prática, os dois eixos centrais da medicina.

Ele se insere na racionalidade médica científica moderna, concepção que surge no final do século XVIII e início do século XIX dentro do paradigma cartesiano, como uma ruptura com a medicina clássica em termos de objetos, conceitos e métodos (Foucault, 2003a). Esta ruptura se deu a partir do desenvolvimento da anatomia patológica, quando se passou a buscar no interior dos corpos os sinais da doença.

Tal olhar modifica a idéia de essência da doença, vigente na medicina das espécies, copiada do modelo botânico, para a idéia de lesão, interiorizando-a no corpo do indivíduo doente.

No século XVIII, a clínica e o hospital têm visões diferentes sobre a doença e o doente: os casos são escolhidos entre os existentes no hospital, como os mais adequados para o ensino realizado na clínica apenas como demonstração, para apresentar aos médicos em formação as doenças já conhecidas. Trata-se de uma estrutura articulada com o hospital, mas diferente dele: *"no hospital, o doente é sujeito de sua doença, o que significa que ele constitui um caso; na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou."* (Foucault, *op.cit.*: 66).

Esta organização da clínica não se propõe a descobrir coisas novas, mas a apresentar conhecimentos já existentes sobre as doenças aos alunos. Desta forma, não introduz novos discursos ou práticas; funciona como uma forma de teste, onde as prescrições feitas pelo professor são colocadas à prova no decorrer do tempo, sendo confirmadas ou refutadas pela linguagem da natureza (Foucault, *op.cit.*).

Os conhecimentos transmitidos na clínica são mais resumidos do que analisados, o que a caracteriza como um "*modo de ensinar e dizer...*" (*idem*: 71). Posteriormente, no final do século XVIII, ocorre uma reestruturação, que amplia o seu campo, tornando-a um lugar de descoberta e realização, e incorporando-a à experiência médica. A clínica passa a evocar, então, uma "*maneira de aprender e de ver*" (*Ibid.*).

Tomando a França como referência, Foucault assinala que, em 1793, com o recrutamento de muitos médicos para lutar na guerra franco-prussiana, a população passa a estar entregue aos empíricos ou médicos improvisados, sentindo-se ameaçada pelos numerosos erros que se sucedem devido a práticas e prescrições inadequadas. Esse fato é somado à dificuldade de se conseguir leitos nos hospitais, ocupados em sua maior parte pelos combatentes feridos. Na tentativa de reverter esse quadro, são os médicos do Antigo Regime que assumem, por iniciativa das administrações de várias cidades, o controle da instrução médica. O aprendizado se faz, agora, acompanhando-se o professor na visita aos leitos, de forma que já não são casos selecionados para o ensino, mas casos clínicos, onde professor e alunos buscam juntos descobrir a doença no doente.

São montados programas para escolas de ensino médico com duração de três anos, onde a clínica, introduzida no terceiro ano, é composta de duas partes: a primeira, no leito do doente, onde é feito um interrogatório, o exame de forma adequada e é chamada a atenção dos alunos para a observação dos signos diagnósticos e dos sintomas da doença; a segunda, num outro local do hospital, onde se procede à discussão da história geral das doenças que foram observadas nos doentes, suas causas conhecidas, o prognóstico de evolução e a terapêutica indicada (Foucault, *op.cit.*).

A prática clínica passa a ser realizada nos hospitais, considerados não mais como depositários de pobres e doentes à espera da morte, mas como instituições voltadas para a cura e para o ensino (Foucault, 1990).

Apesar desses programas terem gerado controvérsias e levado a posteriores reformas, esse momento marca a reestruturação da medicina centrada na clínica, ligada, porém, a um ensino teórico mais abrangente.

A partir dessa nova organização do saber médico, na qual a experiência prática acontece a partir do doente, é definida a articulação entre a medicina centrada no conhecimento particular e outra que desenvolve uma teoria geral sobre as doenças, dando contornos ao método clínico, que conjuga a anatomia e a fisiologia.

O raciocínio clínico, que é exercitado na prática clínica guiado pelo conceito de funcionamento normal, busca identificar os fenômenos patológicos e sua interpretação,

considerados como desvios da normalidade (Castoldi, 1996). Evoca uma compreensão semiológica da doença, entendida como um conjunto de sinais e sintomas, que são lidos e interpretados através de um método de investigação indiciário (Ginzburg, 2001a).

Na medicina do século XVIII, o sintoma diz respeito à forma como a doença se apresenta; ele não é a própria doença, a qual jamais se desvela aos sentidos, mas sim ao raciocínio; é através dele que é possível se identificar a presença da doença, de outra forma invisível. Remete a um estado patológico em oposição à saúde, a uma essência mórbida e a uma causa. Já o signo anuncia um prognóstico, faz uma anamnese e estabelece um diagnóstico (Foucault, 2003a). Refere-se ao que está por trás do sintoma e faz uma demarcação do invisível que é a doença através do tempo.

Com o surgimento do método clínico, sintoma e signo não diferem em sua natureza. Qualquer sintoma pode ser transformado em signo, desde que haja uma leitura consciente do médico, com o olhar sensível à diferença, à simultaneidade e à frequência, situando-o na ordem cronológica da doença. O signo é apenas o sintoma lido e interpretado, passando a referir-se à própria doença.

"Signos e sintomas são e dizem a mesma coisa: com a única diferença que o signo diz a mesma coisa que é precisamente o sintoma. Em sua realidade material, o signo se identifica com o próprio sintoma; este é o suporte morfológico indispensável do signo" (Foucault, 2003a:105).

Com o método anátomo-clínico, surgido no século XIX, o sintoma pode permanecer mudo, revelando a inexistência de um núcleo significativo. O signo, então, não é mais o sintoma que fala, mas o substituto da falta de palavra no sintoma, agora remetendo à lesão e não mais a uma essência mórbida.

No que se refere ao olhar clínico, voltando à medicina clássica, a experiência médica se dá, basicamente, por uma observação que não intervém; e que para observar, é necessário calar a fim de escutar. O olhar clínico, nesse momento, tem a *"propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo"* (idem: 122). Ele é um ato perceptivo analítico que se abstém de intervir.

Com o surgimento do espaço hospitalar, no século XVIII, como o lugar onde a doença acontece em sua singularidade no corpo do paciente, mas também em série, já que o hospital se constitui de forma coletiva e homogênea, agrupando os casos, é necessário que o questionamento sobre a doença e o exame se articulem e definam, num código comum, o espaço do encontro entre médico e paciente.

Este espaço engloba, primeiro, um olhar que escuta, isto é, observa as manifestações e interroga o doente sobre o que sente; segundo, é um olhar que fala, descreve o que vê, articula doente e doença, individual e conceitual. Fazer a descrição do que se vê significa integrá-lo ao saber; significa também ensinar a ver, como parte de uma iniciação, apenas aos escolhidos (Foucault, 2003a).

Com o método anátomo-clínico, o olhar que escuta e fala passa agora a tocar. Entretanto, todos os outros sentidos são limitados e estão sujeitos ao olhar, pois este ultrapassa o sentido físico, para se conformar num olhar absoluto que significa saber.

Na medicina ocidental, tal como a conhecemos hoje, o processo de leitura dos sinais e sintomas se faz não só através da sua identificação na fala da paciente ao expressar suas queixas, mas também nas demais pistas e indícios percebidos, que somados aos resultados dos testes clínicos, possam ser traduzidos em informação médica, de forma a levar à composição do diagnóstico.

O raciocínio empregado nessa composição é o da abdução, onde se parte do resultado (fatos, sinais, sintomas) para a confrontação com a regra geral, num processo que inclui intuição, criatividade e analogia com experiências similares por parte do médico (Castiel, 1999), na tentativa de explicar e compreender esse resultado, a fim de se chegar à elaboração de uma hipótese, que posteriormente será testada (Cardoso, 2000).

No âmbito das tecnobiociências contemporâneas, a esse olhar que escuta, fala e toca, é somada uma nova dimensão, trazida pela tecnologia de diagnóstico por imagem, cujas técnicas perscrutam o corpo do indivíduo doente, em busca de elementos que sirvam de subsídios para que esse olhar/saber tenha condições de diagnosticar e intervir.

As imagens que são fornecidas pelos equipamentos significam um processo de revelação do real, numa dimensão antes não apreendida pelo olhar físico do médico. O exame, seja ele representado por imagem, de forma gráfica ou numérica, não é apenas recordatório, mas revelador do real existente.

De forma análoga, a fotografia pretende ser um *"duplo do real, [e] é apresentada como o real reproduzido"* (Koury, 1998:77). Essa reprodução do real permite que as situações sejam eternizadas na imobilidade registrada pelo ato fotográfico (ou o exame). O observador é capaz de possuir essas imagens, dando-lhe sensação de poder e posse simbólica sobre o outro ou sobre si mesmo. *"Fotografar é apropriar-se da coisa fotografada. É envolver-se numa certa relação com o mundo que se assemelha com o conhecimento – e por conseguinte com o poder"* (Sontag, 1981:4). E toda apropriação

carrega em si algo de agressividade: no caso da fotografia, pela *"própria passividade – e ubiquidade – do registro fotográfico"* (op.cit.:7).

Diferem entre si por tratar-se a fotografia de uma atividade criadora, enquanto o exame não envolve algo que possa se caracterizar como uma obra de criação do médico. Entretanto, tanto o exame quanto a fotografia, apesar de reivindicarem uma concepção de objetividade (Petchesky, 1997), constituem uma ilusão, um produto resultante da tecnologia da sociedade ocidental, por não serem o real em si, por mais que possam se parecer a ele, mas a sua representação cuja leitura é constituída de forma arbitrária, cultural e histórica.

Roland Barthes, em seu último livro *A Câmara Clara* (1984), faz uma correlação entre a câmara clara, processo óptico de reprodução da imagem, que é feita a partir da mão humana, e a câmara escura, a fotografia, outro processo óptico, em que a reprodução da imagem acontece mecanicamente, sem a interferência do homem. Ao estabelecer essa correlação, assume que sem a intervenção do observador, que é pessoal e subjetiva, a fotografia fica limitada a um registro documental. Da mesma forma, a imagem apresentada pelo exame torna-se mero registro sem a interferência do médico, que vai significá-la, ordená-la e somá-la à narrativa médica. Apesar de utilizar um campo conceitual nesse processo de significação, a forma como vai fazê-lo e os aspectos que considerará relevantes são provenientes de uma escolha que também é pessoal.

Para Hunter (1991), a medicina não constitui uma ciência, devido ao seu caráter individual, mas sim uma atividade racional e interpretativa, que se utiliza de conhecimentos científicos para tratar de casos particulares. É *"uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita"* (Canguilhem, 2002) que teria se distanciado das ciências humanas e se aproximado da ciência positivista do final do século XIX, em direção ao que seria confiável como "realidade", cada vez mais distante das incertezas que caracterizam o humano (Hunter, op.cit).

A estrutura de narrativa percorre tanto o relato da paciente ao médico, ao falar de seu sofrimento, quanto o método clínico usado pelo último para diagnosticar e tratar. Esta estrutura é o eixo fundamental na medicina, permitindo fazer a articulação entre a regra geral e o caso singular, isto é, entre os princípios científicos e a especificidade humana. Constitui mais uma forma de conhecimento em medicina, além do entendimento do mecanismo da doença pela ciência biomédica, e da investigação da

prevalência da doença e da efetividade do tratamento, com vistas ao refinamento do diagnóstico e das escolhas terapêuticas pela epidemiologia clínica (Hunter, *op.cit.*).

É sob a forma de narrativa também que o caso individual é relatado nas discussões clínicas. A escrita narrada (*idem*) do caso constitui atividade central no processo de educação médica clínica – a residência médica – realizado no hospital.

O médico segue e interpreta as pistas dadas pela paciente e o faz a partir de um arcabouço perceptual pessoal, científico e cultural que o orienta na escuta e no discurso sobre ela, e que atua como um filtro, pontuando quais informações são relevantes para a construção do diagnóstico. Nesse sentido, o relato da paciente não é apenas a matéria prima que serve de base para a história médica, mas é algo que tem em si uma importância, pois reflete a relação da paciente com o adoecimento e deste com sua vida.

O raciocínio clínico, instrumento primordial do método clínico, caracteriza-se como uma epistemologia narrativa que organiza cronologicamente os eventos da doença, a partir de elementos explícitos e implícitos, verbais e não-verbais, contidos na história trazida pela paciente. É importante que o clínico observe como as histórias são contadas, pois faz parte da construção do diagnóstico a forma que a paciente utiliza para contá-las (Hillman, 1983).

É o estudo da semiologia médica, essencial ao desenvolvimento do raciocínio clínico, que capacita o aluno de Medicina, a partir do terceiro ano da graduação, a obter informações de seus pacientes, através da anamnese, que serão somadas aos achados do exame físico e ordenadas em narrativa. A semiologia marca a entrada do aluno de Medicina no hospital e o início do contato com o paciente e seu sofrimento, produzindo mudanças de atitudes e comportamentos (Santos et. al., 2003).

1.2 – A Residência Médica:

A experiência clínica que é constituída na Residência Médica (RM) se assemelha àquela ocorrida nos séculos XVIII e XIX, no que se refere às regras que regem a sua aquisição, isto é, depende de um espaço hospitalar medicalizado, que seja homogêneo e coletivo, onde os pacientes se apresentem em sua individualidade, mas também como parte de um grupo que se constitua objeto de estudo e da prática médica: trata-se do mesmo tipo de vinculação entre a assistência gratuita e a legitimidade do uso desses pacientes no ensino; existe uma correlação entre a prática e a teoria, ou seja, o acesso à

teoria é feito via doente, que vai sendo decifrado clinicamente tanto pelo médico quanto pelo seu tutelado – o residente. A conduta médica e terapêutica adotada é submetida a julgamento, de acordo com a evolução do caso, colocando em risco aquele que ensina, pela confirmação ou não da adequação da conduta. Entretanto, diferencia-se daquela porque, no século XX, a clínica é especializada, impondo limites ao olhar clínico, demarcando sua atuação (Castoldi, *op.cit.*).

A Residência Médica surge no Brasil em 1945/46, com a criação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e, posteriormente, em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do RJ. É introduzida como um estágio hospitalar, ao nível de pós-graduação, na forma de uma prática supervisionada (Wuillaume, 2000). Em sua origem, o termo residência refere-se à exigência de que os médicos participantes vivessem no hospital onde acontecia o treinamento.

Em 1977, pelo decreto 80.281, é criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para normatizar, credenciar e fiscalizar programas em RM. Pela Resolução nº 04/2003, da Comissão Nacional de Residência Médica, são especificadas as normas quanto ao setor da medicina a que se refere o programa, à duração e à carga horária.

Pela lei nº 6.932/81, a Residência Médica é definida como uma

"modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação técnica e profissional."(art. 1º)

É considerada pela categoria como a melhor forma de aprofundar conhecimentos e de adquirir experiência e habilidades em determinada área da medicina, e tem como característica principal a conjugação ensino-assistência, na forma de uma prática tutelada, onde o residente é aluno e também profissional.

Essa dupla vinculação envolve uma complexidade que traz à luz importantes questionamentos relativos, por exemplo, ao mercado de trabalho e suas determinações, e aos aspectos trabalhistas, como é o caso da recente obrigatoriedade de pagamento da contribuição previdenciária pelos médicos residentes, que está sendo questionada, entre várias outras entidades de classe, pela Comissão de Médicos Recém-Formados do CREMERJ, sob a alegação de que os residentes recebem bolsa de estudo e não salário ou rendimento por serviços prestados (CREMERJ, 2004).

O profissional médico responsável pela orientação, tanto prática quanto teórica, do residente é chamado preceptor. Seu trabalho envolve uma proximidade com seus alunos, permitindo uma atenção individualizada, ainda quando feita em pequenos grupos (Wuillaume, *op.cit.*). Além de auxiliar no desenvolvimento de habilidades teórico-técnicas, serve de modelo na profissão, podendo facilitar a emergência de um estilo próprio de atuação por parte do residente que vai se tornando autoconfiante sem, entretanto, descuidar dos aspectos técnicos e éticos.

A perspectiva construtivista de aprendizagem considera que o conhecimento resulta de uma construção do próprio indivíduo. Ensinar e aprender vão além de transmitir informações e receber ou acumular conteúdos, respectivamente (Barberà et. al., 2003).

O construtivismo se encontra entre as abordagens interacionistas cognitivistas, que privilegia o contato entre o indivíduo e o meio, como sendo capaz de influenciar a construção contínua do conhecimento. Essa construção resulta de um processo interno ativo, onde as informações que vêm do meio são relacionadas às já existentes no sujeito, são dotadas de sentido e reorganizadas num todo significativo (Wuillaume, *op.cit.*).

A interação entre o organismo e o meio em termos cognitivos, segundo Piaget, caracteriza-se por um processo de adaptação, onde estão envolvidos os atos de assimilação e de acomodação. A assimilação consiste numa interpretação de algo da realidade externa, de acordo com significados presentes na organização cognitiva do indivíduo; a acomodação consiste na adequação intelectual à gama de exigências impostas ao sujeito pelo mundo externo (Flavell, 1996).

Para Vygotsky (2002), além de ser um processo de organização individual, envolve também uma construção que acontece mediada pelo social, onde o grau de desenvolvimento que pode ser alcançado pelo indivíduo com a colaboração de outra pessoa (nível de desenvolvimento potencial), vai além do que ele pode conseguir sozinho (nível de desenvolvimento real). A diferença entre esses dois níveis de desenvolvimento é chamada zona de desenvolvimento proximal.

Influenciado pelo materialismo histórico, Vygotsky amplia o conceito de mediação do uso de instrumentos na relação homem-ambiente, para o uso de signos (linguagem, escrita, números). A internalização dos sistemas de signos produzidos pela cultura, acarreta mudanças comportamentais, estabelecendo ligações com o desenvolvimento individual (*op.cit.*).

A partir dessa perspectiva, o conhecimento que é construído na Residência Médica resulta de um processo de ensino-aprendizagem, estruturado na prática, que tem na motivação um componente primordial para torná-lo significativo, no qual o residente é o agente, e o preceptor, o mediador. Ambos participam ativamente, sendo o residente o responsável por essa construção, cabendo ao preceptor dispor as condições para que esse processo seja mais amplo ou mais restrito (Wuillaume, *op.cit.*).

Esse momento de transição entre a graduação e a vida profissional envolve questões específicas e significativas que são pertinentes a essa dualidade.

Castoldi (*op.cit.*), em sua dissertação de mestrado, discute as duas dimensões da residência médica: uma educacional, que privilegia o aprendizado, onde o objetivo não é só aplicar a teoria na prática, mas aprofundar conhecimentos; e outra, de prestação de serviços, já que o treinamento é feito na prática do atendimento, a partir de problemas que fazem parte da realidade dessa prática. Isso dá um caráter indefinido e até contraditório à residência médica e, especificamente, aos residentes, sendo a (im)possibilidade de erro e a morte aspectos muito presentes e talvez pouco enfocados na formação do médico.

Ainda nesse trabalho, a autora coletou depoimentos de médicos residentes e constatou que para eles existem duas faces na medicina: a face ciência, tecnológica, racional, teórica, inteligível, que é facilmente descrita; e a face arte, subjetiva, que trabalha com o sensível, profundamente humana, empática, prática, às vezes até sacerdotal, onipotente, muito difícil de ser definida ou explicada, que trata do caráter individual da doença e do doente e que esbarra na dimensão humana do próprio médico.

Exatamente por tocar em coisas comuns a médicos e pacientes, essa medicina/arte é também terreno propício a conflitos, dúvidas, choques entre valores, inseguranças e ansiedades, questões essas difíceis de serem abordadas pelos profissionais.

"O médico é um 'homem dividido', tem uma metade de seu espírito invadido pelo rigor científico e a outra metade povoada pelas maravilhosas e terríveis aventuras das alegrias e da dor, das vitórias e dos fracassos, da potência e da impotência." (Grossman, 1995:113).

A distância entre teoria e prática, ou entre ciência e arte, ou ainda entre *epistème* e *phronesis*, é mais do que um desacordo entre conhecimento e atenção mantido pelo currículo médico: trata-se da dificuldade em articular o caso singular às regras gerais (Hunter, *op.cit.*).

O singular fala da incerteza, da necessidade da relação com o outro para conhecê-lo. A teoria ou a regra traz a certeza: quanto mais atualizados os conhecimentos, os artigos, as informações, mais certeza deveriam trazer, ou pelo menos é o que se gostaria que acontecesse.

Uma forma de lidar com essa distância entre geral e singular é uma "*elaborada hierarquia acadêmica de aprendizagem e responsabilidade*" (Hunter, *op.cit.*:32), que estabelece níveis de autoridade e poder, focada na aquisição de conhecimento. Os programas de residência confirmam essa hierarquia e através dela são passados os significados a serem aprendidos para se poder lidar com a lacuna entre teoria e prática.

Várias alternativas são propostas pelos campos do conhecimento, no sentido de reduzir a incerteza inerente à prática médica, tais como a epidemiologia clínica, a medicina baseada em evidências e o aperfeiçoamento de tecnologias de diagnóstico, entre outras sem, entretanto, eliminá-la (Castiel, 1999).

O treinamento clínico do médico se caracteriza por uma transição, onde o conhecimento dos princípios gerais aos poucos se soma à vontade de atuar junto à paciente. Entretanto, essa transição não é simples, pois na presença do indivíduo real, os corpos são diferentes e se apresentam diferentemente adoecidos. Médicos são treinados a saber que devem ter conhecimento suficiente para atuar junto à paciente, mas também devem ser capazes de atuar, mesmo quando esse conhecimento apresente lacunas (Hunter, *op.cit.*).

As discussões de caso, que são realizadas nas sessões clínicas dos serviços e que contêm uma estrutura ritual de apresentação, têm como objetivo fazer um relato científico e preciso das condições da paciente, de forma clara e não metaforizada, com fins de aprendizado e troca de experiências. A apresentação do caso em forma de narrativa (com todas as suas condições: sintomas, sinais, hipóteses diagnósticas) constitui, de certa forma, uma metonímia, onde o todo (paciente) é substituído pela parte (caso/doença).

A narrativa que é apresentada à audiência médica não é a mesma trazida pela paciente sobre sua condição: nesse primeiro momento, a paciente é agente desse relato; mas é a transformação da primeira em uma narrativa médica, onde a paciente passa a ser o seu objeto, que cria uma versão decodificada, onde foram incluídos apenas os dados relevantes para o reconhecimento e tratamento da doença. Entretanto, essa decodificação não significa, em absoluto, que as duas narrativas são meras traduções uma da outra.

O relato clínico é resultado de uma reconstrução interpretativa das informações que o médico obteve e que nem sempre são capazes de significar a experiência subjetiva do adoecer daquela paciente específica. Essa experiência só aparece no relato do médico em casos onde o caminho clínico a ser tomado encontra-se de alguma forma impedido por ela.

Essas discussões se propõem a oferecer momentos de reflexão sobre o encaminhamento dado pelo residente ao caso: dificuldades de diagnóstico ou de tratamento levam a uma revisão do caso e à sua conseqüente reapresentação; ao contrário, estando claros diagnóstico e terapia, significa a solução do problema e o fim do caso apresentado para aqueles que estão escutando o relato.

1.3 – O corpo, o risco, o mesmo e o outro

A paciente, quando chega ao médico, traz a sua doença tanto no corpo quanto na história/“estória”⁵, que inclui as suas percepções sobre o seu sofrimento, os significados a ele atribuídos, sejam eles de caráter ficcional, tais como crenças, valores, juízos, além de aspectos históricos e biográficos. Cabe ao médico perguntar-lhe sobre a história e sobre o corpo (Hunter, *op.cit.*).

Perguntar sobre o corpo envolve tanto uma dimensão verbal, que vai ser respondida pela paciente também verbalmente (mas não só), quanto outra, não-verbal, onde o médico pergunta diretamente ao corpo sobre ele: o exame físico cuidadoso é a base do encontro entre o médico e a paciente, assim como também são importantes as informações que são fornecidas por testes ou imagens.

Implícito a esse contato do médico com o corpo do outro, está uma atitude de impessoalidade que, se por um lado estabelece os marcos da relação e transmite uma aceitação desse corpo (e conseqüentemente da pessoa), nas condições de doença em que se encontra, por piores que sejam; por outro, pode chegar a extremos de coisificação dessa paciente, transformando-a na doença ou no órgão doente.

O conceito de corpo é entendido como sendo construído socialmente, num determinado momento espaço-temporal e que é sempre resultado de um ponto de vista parcial, mas que se pretende universal e completo (Castiel, *op.cit.*). *"Todo o corpo*

⁵ Castiel (1999) marca uma distinção entre *história* e *“estória”*: a primeira seria um relato de eventos com certo grau de coerência, de aspecto não-ficcional, onde acontecimentos são descritos; a segunda faria referência a relatos ficcionais, muitas vezes de caráter oral.

humano participa de uma coletividade que não pode ser entendida sem suas concepções de mundo, apolítica e/ou afastada das contingências históricas dos sistemas sociais e de crenças" (Cardoso, 2000: 36).

Segundo o historiador Roy Porter (1992), são várias as abordagens preocupadas em estudar a evolução da história do corpo, como por exemplo, dentro de uma visão dicotômica mente/corpo, aos quais são atribuídos valores e conotações hierarquicamente diferentes: como objeto de disciplina, não apenas no sentido negativo, para reprimi-lo, censurá-lo ou escondê-lo, mas também, numa conotação positiva de aprimoramento e adestramento (Foucault, 1990); dentro de uma diferenciação por gênero, onde a mulher ocupa uma posição de inferioridade, justificada pelas diferenças anatômicas e culturais; pelo mapeamento de significados culturais, subjetivos e médicos acerca do corpo; ou ainda, sob a forma de um olhar atento às desordens, anormalidade e desvios sexuais.

Não é possível se pensar o corpo, a partir de uma separação natureza e cultura, *"tentando-se estudar a história ('biológica') do corpo independente das considerações ('culturais') da experiência e da expressão na linguagem e na ideologia"* (Porter, *op.cit.*: 295). Ele expressa a história de vida de uma pessoa, revela uma teia de significados e formas de adoecer e de se relacionar com a dor e o sofrimento, que são de um determinado grupo e momento sócio-cultural.

Tais construções fazem parte dos componentes histórico-biográficos tanto do médico quanto da paciente, e vão influenciar a ambos na organização de suas narrativas sobre o adoecer. A construção e a atenção dada a essas narrativas é essencial para que a medicina possa conquistar uma postura de maior compreensão diante do sofrimento humano (Castiel, *op.cit.*).

Para Giacoia Jr. (2002), o corpo é mais do que o registro do somático, do biológico, do fisiológico. *"O corpo tem a impalpável concretude de um campo de forças, ou de uma superfície de cruzamento de infinitas perspectivas."* (p. 212). Nele, fala a linguagem dos sinais; a sua natureza é de uma gama infinita de significados. Assim, não há como saber o que pode um corpo, pois *"o si próprio que é nosso corpo ultrapassa infinitamente a potência desse orgulhoso 'nós'"* (*ibid.*).

Nos tempos atuais, onde tanto se privilegiam as sensações do corpo e a liberdade de movimentação, chama a atenção um contrastante enfraquecimento dos sentidos, que torna o corpo passivo no que se refere à experimentação dessas sensações e as pessoas, menos conscientes dos seus corpos. Tal enfraquecimento, ou entorpecimento, relaciona-se ao fenômeno da velocidade, não só física dos deslocamentos, mas também de

estímulos/informações que atingem os corpos. Relaciona-se também à sua distribuição no espaço urbano, determinante das relações entre eles e o meio, a maneira como se aproximam ou se distanciam (Sennett, 2001). O aspecto material do corpo e da experiência sensorial é um constituinte importante na vivência do aqui e agora, sendo afetado pela mediação das tecnologias de comunicação (Vaz, 1999).

O contato que cada um estabelece com seu próprio corpo e com o corpo dos outros, especialmente quando se fala em profissionais de saúde, é marcado pela sensibilidade que é permitida a esse corpo e à capacidade de atenção que se dá a ele.

Essa sensibilidade permitida, moldada através dos tempos, no que se refere à dor, aos acontecimentos orgânicos, à (falta de) individualidade de um corpo circunscrito em si (Rodrigues, 2001), vai estar presente nas definições de sofrimento, sejam eles físicos ou não e nas suas correlações com doença e cura.

Sufrimento remete a uma idéia de processo, de percurso, que pode ter uma dimensão mais concreta ou mais abstrata. No plano mais concreto, o sofrimento sugere aquilo que acompanha o desenrolar de uma doença, misturando-se muitas vezes com a própria doença. Numa conotação mais abstrata, o sofrimento é algo que marca a forma da pessoa se relacionar com o outro e que traz uma auto-imagem carregada de significados, que podem estar hierarquizados numa escala de juízo de valor, como por exemplo, forte/fraco, vulnerável/determinado (Rodrigues e Caroso, 1998).

O sofrimento desorienta o ser humano e traz a noção da incompletude, da possibilidade e até proximidade da morte. Aceitá-lo, significa aceitar o sofrimento no outro; é tornar-se sensível às dores dos outros, que acontecem junto às nossas, e suportá-las; é "*assumir um corpo cívico*" (Sennett, 2001:305).

A noção de risco constitui, hoje, um assunto amplamente discutido e presente na vida das pessoas, que passam a adotar comportamentos que incorporam essa idéia, ou até mesmo que a desafiam. Refere-se a questões epidemiológicas, preditivas e individuais, podendo ser entendida como uma construção histórica e social (Castiel, *op.cit.*).

No caso do adoecimento, a abordagem dos fatores de risco estaria associada à idéia, em epidemiologia, de "*probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal)*" (Castiel, *op.cit.*:40), um evento objetivo e racional, passível de ser medido, onde tais fatores teriam a conotação de "*marcadores que visam à predição de morbimortalidade futura*" (*idem*:41).

Com os avanços da genética, torna-se possível atingir um grau mais elevado de eficácia, no que se refere ao modelo de risco da epidemiologia, em casos de doenças cujas configurações genéticas são identificadas de forma clara. Em outras, onde essas relações não são tão regulares, como por exemplo, as desordens poligênicas, ou ainda, aquelas em que há interferência de interações sociais e ambientais, esse grau de precisão diminui bastante (*ibid.*).

O conceito de risco está associado a possibilidade e não a determinação: apesar de ser possível a identificação de fontes potenciais de agravos e a conseqüente adoção de medidas de prevenção, a influência de uma multiplicidade de fatores não permite certezas incontestáveis. *"Hoje, conhecer já não implica atingir certezas incondicionalmente estáveis e plenamente garantidas em seu estatuto"* (*idem*: 58).

A percepção do risco está relacionada aos sistemas de crenças e valores que regem as pessoas. Os valores socioculturais, entre eles idade, gênero, renda, ocupação, interesses, conseqüências pessoais, influenciam essa percepção.

Nesse aspecto, o risco está relacionado a estilos de vida (Castiel, 1994), e envolve escolhas pessoais sobre a vida. Cabe considerar então estilos de risco, tendo-se claro que são escolhas não voluntárias (talvez até estratégias de sobrevivência), produto de configurações diversas, socioculturais, psicológicas, bioquímicas, que vão fazer parte da constituição da idéia de si mesmo, ultrapassando, assim o conhecimento científico (Castiel, 1999).

Deborah Lupton (1999 *apud*.Ali, 2000) desenvolve a idéia de que risco, que por definição está associada à incerteza, pode ser considerada uma forma de outro.

A autora trabalha com a noção, trazida da psicanálise, da importância do outro no desenvolvimento do si mesmo (*self*), onde o processo pelo qual a criança percebe seu corpo como algo separado da mãe (de um outro) envolve tensões e estabelecem marcas que irão influenciar sua vida adulta. Desta forma, a idéia de si mesmo é sempre construída em contraposição a um outro que é diferente dele. O outro passa a representar um perigo ou um risco ao individual, algo que não é controlável, sendo por isso instável, e tudo o que não puder ser reconhecido e categorizado de imediato, evoca sentimentos de angústia e incerteza. A relação com o outro, como elemento de risco, pode ser observada, de forma mais ampla, nas questões de gênero e etnia, a partir do enfoque de um grupo dominante.

Roberto Gambini (2000), utilizando-se dos conceitos de Carl G. Jung, discute a relação do homem com o desconhecido, o outro, seja ele uma pessoa, idéia ou cultura,

como acontecendo sempre através de mecanismos projetivos⁶, atribuindo a esse outro qualidades que, na verdade, pertencem a quem vê, mas que não são possíveis de serem reconhecidas como próprias e que são colocadas no exterior como forma de aplacar a ansiedade em relação ao desconhecido.

Barthes (2001) aponta que um dos aspectos dos mitos burgueses é a incapacidade do pequeno-burguês de imaginar o outro, que é negado, ignorado ou transformado em mesmo, como um espelho, de forma a não representar uma ameaça.

Donna Haraway (1991) analisa os limites do mesmo e do outro, a partir do discurso da imunologia, presente na biologia e na medicina. A metáfora da invasão e da batalha está muito presente nesse discurso, e abarca conceitos como invulnerabilidade e imunidade. Entretanto, a defesa perfeita de um eu vencedor não passa de uma ilusão, pois *"a vida é uma janela de vulnerabilidade"* (p.224). Dentro do conceito de vulnerabilidade, a noção de risco encontra-se presente mas amplia-se para o contexto das ciências humanas e sociais, estabelecendo grupos populacionais vulneráveis em condições de fragilidade (Castiel, 1999).

A invasão de um outro desconhecido refere-se, não só a elementos externos, que possam ser combatidos pelo sistema imunológico, mas também a elementos internos, estranhos, desconhecidos de nós mesmos, como no caso das doenças autoimunes. Neste sentido, mesmo e outro passam a estar em posições não mais dicotômicas, definidas, mas imbricadas, de forma que não é possível definir qual o sentido da invasão, quem está dentro e quem está fora, e, em última instância, quem são o mesmo e o outro.

Neste contexto, é pertinente a imagem do *cyborg* (Haraway, 1991), um híbrido de máquina, organismo, texto e metáfora, de natureza e cultura, cujo conceito surgiu com as pesquisas espaciais da Guerra Fria e a ficção científica, e que chama a atenção para as formas como a ciência, a tecnologia e a medicina têm modelado os indivíduos e se apropriado de seus corpos, definindo estados de saúde, disciplinando significados e relações de poder na vida contemporânea (Downey e Dumit, 1997).

Ciência, tecnologia e medicina são teorizadas popularmente como uma comunidade técnica especializada, separada da sociedade, localizada dentro da academia, e responsável pela produção de conhecimento, que posteriormente é difundido externamente, através de mecanismos de educação, divulgação, políticas e

⁶ A projeção é *"um fato que ocorre de modo involuntário, sem nenhuma interferência da mente consciente: um conteúdo inconsciente pertencente a um sujeito (indivíduo ou grupo) aparece como se pertencesse a um objeto (outro indivíduo ou grupo ou o que quer que seja, desde seres vivos até sistemas de idéias, a natureza ou a matéria orgânica)"* (Gambini, *op.cit.*:28).

pelo impacto de novas tecnologias, constituindo o chamado problema da cidadela. A imagem evoca uma pequena cidade fortificada, que se encontra localizada no centro de uma cidade maior, e que atua como proteção e vigilância, mas que ao mesmo tempo se mantém isolada, demarcando uma divisão entre o ambiente interno e o ambiente externo (Downey e Dumit, *op.cit*).

Entretanto, esse isolamento não é total. Existe uma circulação de informações entre a cidadela e a cidade que a circunda que vai influenciar as produções da comunidade especializada. Ginzburg (2002) chama a atenção para uma circularidade de conteúdos entre a cultura popular e a cultura dominante e aponta para a necessidade de se questionar sobre a diferença entre o que seria uma cultura produzida pelas classes populares e uma cultura imposta à essas mesmas classes.

Esta forma de teorização também é questionada por Latour (1999), quando fala da não separação entre dentro e fora, entre micro e macro, a partir do relato da experiência de Pasteur com o *anthrax*. Da mesma forma, Fleck (1981), ao discutir os caminhos para o estabelecimento de um fato científico, numa perspectiva epistemológica, a partir dos estudos sobre a detecção da sífilis pela reação de Wassermann, aponta para um processo de historicidade e coletividade das idéias, onde rudimentos de desenvolvimento – as proto-idéias – estariam na origem das teorias do conhecimento. Esse autor ressalta a importância de se considerar as conexões entre o "círculo esotérico", referindo-se ao saber científico e o "círculo exotérico", ao saber leigo, o que estaria presente, no caso da medicina, nas relações entre a teoria sobre as doenças e as concepções oriundas do senso comum e que fazem parte do adoecer individual.

Ao se falar em corpo dentro da medicina e, especialmente, corpo de mulher, duas perspectivas emergem imediatamente - ciência e gênero - e permitem pensar em como o discurso sobre o corpo da mulher doente está sendo filtrado pelo prisma composto por essas duas questões.

Na Grécia, as figuras humanas esculpidas nas frisas do Parthenon representam uma generalização da imagem ideal dos corpos humanos: eles se encontram nus e são jovens e perfeitos, com expressões serenas. Esses corpos ideais referem-se ao poder atribuído aos humanos, o qual desafia o limite entre homens e deuses e que coloca os homens sob risco de serem punidos por (tentar) ultrapassar esse limite.

A inferioridade do corpo da mulher encontra-se presente na Grécia e se expressa em termos de calor: o orgulho, a altivez, estava ligado ao calor corporal, anterior ao próprio nascimento e que determinava que os fetos bem aquecidos no útero, desde o

começo da gravidez, se tornassem machos; enquanto que a carência de aquecimento determinaria as fêmeas, que seriam mais frágeis, líquidas, frias, menos encorpadas que os homens. Os gregos refinaram essa noção de calor do corpo e sua associação ao sexo, que também foi desenvolvida por outros povos como os egípcios e os sumerianos (Sennett, 2001).

Essa diferença entre a temperatura do corpo do homem e do corpo da mulher, colocada como falta, aparece na descrição de Aristóteles (Hillman, 1984) do sangue menstrual como frio, inerte, e do esperma como "*sangue fervente*" (Sennett, *op.cit.*:38), princípio ativo e gerador de vida, diferenciando, assim, forças ativas e passivas no corpo. O esperma seria o resultado da transformação do sangue em espuma por um processo de cozimento, enquanto o sangue menstrual, pela falta de calor no corpo da mulher, necessário a esse aquecimento, manteria-se fisiologicamente inferior. A contribuição da mulher para a formação do feto seria apenas a da matéria prima, sobre a qual o esperma que contém a essência irá trabalhar, a da nutrição e do espaço para o seu desenvolvimento.

O filósofo Diógenes de Apolônia, no séc. V (Hillman, *op.cit.*), é o primeiro a estabelecer correlações de temperatura entre corpos masculinos e femininos: é através do ar que o sangue, pelo cozimento, transforma-se em sêmen, que é mais leve. O ar, elemento principal no seu cosmo, é associado à mente e à inteligência, e a mulher, por carecer desse aspecto pneumático, por sua incapacidade de cozer o sangue, é dotada de menos alma e menos intelecto. Essa posição também será defendida por São Tomás de Aquino, coincidindo com o mito bíblico contido no Gênesis de que em Adão estava contida Eva.

Também para Hipócrates, estudioso da física na Antigüidade que desenvolve um raciocínio diferente de Aristóteles, mas de conclusão semelhante, no tocante à inferioridade feminina na concepção, existiriam dois tipos de espermas, um forte e outro fraco, contidos, ambos, nos fluidos vaginal e seminal e cuja união resultaria em fetos machos ou fêmeas, dependendo da qualidade do esperma predominante (Sennett, *op.cit.*).

Na visão grega, os corpos de homens e mulheres seriam diferentes em grau e não em espécie. Haveria uma gradação que levaria de corpos muito frios a corpos muito quentes, à qual foi atribuída uma escala de valores, associada à honra e à vergonha. Os machos, quentes, fortes, ativos e mais rápidos nas respostas por absorverem mais calor, eram superiores às mulheres, consideradas frias, fracas, passivas e cuja menor absorção

de calor tinha como consequência uma maior lentidão nas respostas. A absorção de calor estaria relacionada aos debates em grupos, cuja imagem metafórica – o calor do debate – conserva-se até hoje. Desta forma, o pensamento em solidão tornava os corpos frios. Esse desdobramento permitiu categorizar os corpos dos escravos como frios, consequência da carência da fala e da falta de calor gerado nos debates (Sennett, *op.cit.*).

Galeno (Hillman, 1984), no séc. II, reconhece a participação da mulher como potencial criativo na geração, pela existência de uma semente feminina, mas que ainda é considerada mais frágil que a do homem. Além disso, anatomicamente, o modelo considerado é o masculino, sendo o aparelho reprodutor feminino apenas um estágio menos avançado do aparelho reprodutor do homem, cuja extroversão confirma a superioridade.

À semelhança de Galeno, Freud também usa o modelo masculino como protótipo, justificando morfológicamente a inferioridade da mulher. Tanto em Galeno como em Freud tais conclusões são apontadas como derivadas de observações. Entretanto, Galeno obtém suas conclusões a partir da dissecação de animais e Freud conclui sobre a natureza da menina através da análise de adultos. *"Ver é acreditar, mas acreditar é ver. Vemos aquilo em que acreditamos e demonstramos nossas crenças com o que vemos"* (Hillman, *op.cit.*:195). Para Hillman, fantasia e conhecimento estão sempre interligados, principalmente onde falta a exatidão. Da mesma forma, Gambini (1994) assinala que *"onde não há conhecimento objetivo há um pseudo-conhecimento projetivo"* (p.336).

É a partir dos séculos XVIII e XIX que surge a noção de dois sexos biológicos diferentes, decorrente não apenas das descobertas biológicas, mas devido também a modificações na ordem social vigente que passa a exigir distinções mais claras entre homens e mulheres (Laqueur, 1994).

As diferenças sexuais entre homens e mulheres são objeto de interesse da medicina no século XIX. São tidas como naturais mas instáveis, por sofrerem influências de fatores diversos externos ao indivíduo. É essa instabilidade que chama a atenção dos médicos, principalmente, no que se refere às mulheres.

A plena realização da natureza feminina está relacionada, nesse momento, à capacidade de ser mãe. Assim, na puberdade, as energias do organismo da mulher devem ser canalizadas para o desenvolvimento dos órgãos reprodutivos, devendo-se, portanto, evitar um redirecionamento das mesmas para o cérebro, a partir do estímulo da educação (Rohden, 2001).

A sexualidade é um fator de diferença entre os sexos, onde na mulher está limitada pela reprodução, impedindo um descontrole e seu exercício de forma excessiva. Já no homem, o desejo sexual é considerado legítimo e auto-regulado. Cabe pois ao médico, por conhecer a natureza biológica, determinar os caminhos da sexualidade da mulher (Rohden, 2001).

Os corpos das mulheres, por sua instabilidade relacionada ao aspecto cíclico do feminino, são muito mais "vistos" pela medicina do que os corpos dos homens. À medicina cabe revelar o "natural" nos corpos e prescrever as regras para relacionar-se com eles e com suas funções sociais (Rohden, 2003).

O natural, contudo, apresenta-se como resultado de concepções culturais, expressando valores morais, visões de mundo e relações de gênero, ou seja, o que é considerado natural refere-se a um determinado contexto histórico-cultural e determina o que é desviante e anormal. No caso da sexualidade feminina, é considerado anormal o desejo excessivo e a vida que não fosse guiada pelo amor à família (Rohden, 2001).

A mulher sempre esteve mais associada à natureza, conseqüentemente, ao biológico, ao corpo; enquanto o homem estaria mais vinculado à cultura, isto é, a todo produto da consciência e da ação humana, sendo o responsável por dominar e controlar a natureza, e portanto a mulher, o que justificaria a hierarquia presente nas relações entre os gêneros.

O conceito de gênero, marcador social de diferença assim como raça e classe, é construído de forma relacional e não é determinado pelo sexo, apesar de certamente depender dele (Keller, 1999). Ele é desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual, que estabelece hierarquia e antagonismo entre homens e mulheres (Haraway, 1989), a naturalização da reprodução para a mulher e também a medicalização, como forma de dominação e controle, principalmente da sexualidade feminina.

Para Haraway (1991), esse conceito traz à tona a noção de que as mulheres têm corpos marcados, são seres corporificados, aos quais não é possível não ter um corpo, e que se diferenciam dos corpos não marcados pela desigualdade e inadequação, estabelecendo-se, assim, exclusão e dualidade.

Nos dualismos que ainda persistem na sociedade ocidental moderna, como natureza/cultura, corpo/mente, privado/público, significando formas de organização do mundo e que tem justificado as práticas de dominação de mulheres, da natureza, de trabalhadores, enfim, de todos que possam se constituir num outro, o mesmo é aquele

que não é dominado, é o que se constitui um ser autônomo, com poder. O outro é o múltiplo, sem limites claros e definidos. O homem branco, civilizado, europeu é considerado o dominante, mais evoluído, o mesmo; enquanto o resto, a mulher, o negro, o primitivo, o não-europeu enquadra-se em um nível evolutivo inferior, sendo considerado outro (Haraway, 1991). A questão da alteridade é vista no processo civilizatório "*não como reconhecimento, mas quebra do Outro*" (Gambini, 1994: 338).

A única possibilidade de inclusão, nesta forma de pensar, é a partir do ajuste da diferença, com conseqüente eliminação das suas marcas. Assim, o que era outro, diferente, torna-se mesmo, podendo então ser aceito (Keller, *op.cit.*). Segundo Keller, essa diferença não está calcada numa perspectiva biológica, mas política, que se insere numa luta de poder.

1.4 – Gênero/ciência e a Obstetrícia/Ginecologia

Categorias anteriormente desconectadas, gênero e ciência começaram a ser vistas como relacionadas com a emergência da crítica feminista à ciência, onde a entrada das mulheres era barrada numa tentativa de evitar perda de poder e autoridade.

No século passado, as mulheres adotaram a negação do gênero como estratégia para entrar no mundo da ciência pela constatação de que, num pensamento impregnado por uma única forma de medida onde "*ser diferente era ser menos*" (Keller, *op.cit.*: 236), a diferença pelo gênero era motivo de exclusão. Entretanto, essa estratégia acabou reforçando e encobrindo a discriminação.

A ciência foi estereotipada como verdade absoluta, universal, masculina, dominante, não incorporada, e dela foram extraídos todos os atributos tidos como femininos, tais como intuição, sentimento, senso de conexão e relação. Essa exclusão marcou também a separação entre o que era e o que não era científico.

Isabelle Stengers (1997) ao discutir ciência, traz a imagem da caçada como atividade masculina, mas faz uma diferença entre dois tipos de caçadores ou dois tipos de métodos para abordar o objeto de interesse: o solitário, que precisa estabelecer uma relação com a sua presa (com seu objeto de estudo), que conhece seus hábitos, suas características, minuciosamente para poder perceber o melhor momento para caçá-la; e o caçador em grupo, cujo principal trunfo é a rapidez. A relação prioritária é entre os

membros do grupo que compartilham sinais e onde "o grupo cria um objeto acessível ao conhecimento 'intersubjetivo'" (p.129).

As mudanças que ocorrem no saber médico, no final do século XVIII, alterando completamente a relação entre o visível e o invisível, entre saúde e doença, marcam a consolidação da medicina como saber científico e uma nova forma de olhar e falar dos corpos.

O surgimento da Obstetrícia, como especialidade médica, dá-se no século XIX, como uma prática clínica que visa atuar no sofrimento feminino, junto com o que se chama medicalização do corpo feminino.

Para Miles (1991), o processo de medicalização se traduz na transformação de elementos do cotidiano em objetos da medicina, como meio de garantir a adequação às normas sociais. Isso se dá a partir da ótica de objetividade da racionalidade científica moderna e das idéias que esta concebe sobre o corpo, que passa a ser a sede das doenças, e o seu adoecer visto como uma desorganização social.

Historicamente, o corpo da mulher é identificado como perigoso para a ordem social, tendo sofrido normatizações diversas, sejam de caráter mágico, religioso ou médico. Um maior conhecimento de fisiologia torna possível descobrir os seus processos e o seu funcionamento, permitindo desmistificá-lo em vários aspectos, como por exemplo, com relação às crenças sobre a menstruação.

O *speculum* ginecológico significou a "abertura" dos corpos das mulheres, literal e simbolicamente, para o médico ginecologista, que substituiu as parteiras. A visão, revestida com o valor de sentido predominante e abrangente, torna-se um ato de poder para os médicos, conquistadores do desconhecido corpo da mulher (Haraway, 1997). Ver depende dele, médico, o que permite a ele saber; para ouvir, é necessário que o outro fale – a relação é inevitável.

Em se tratando do corpo feminino, a medicalização significa a sua subordinação ao controle médico, justificado pelo discurso da medicina sobre reprodução e sexualidade, questões relativas a homens e mulheres, mas que passam a ser restritivamente localizadas no corpo feminino. E é através desse modelo médico que a sociedade pode expressar suas ansiedades com relação a esses aspectos, tornando a mulher sua depositária e reduzindo a natureza feminina a uma condição essencialmente biológica e maternal (Vieira, 2002).

A vida saudável de uma mulher está ligada a um matrimônio, com o exercício de sua sexualidade exclusivamente voltado para a reprodução. Qualquer outra forma de manifestação de sua sexualidade é considerada desviante e anormal. Entretanto, cabe ressaltar que tanto a medicalização quanto o papel social da mulher eram reflexos da cultura da época e o quanto foram reforçados pela própria mulher que, reproduzindo essas concepções, identificava em si mesma aspectos desviantes como a perda de interesse pela família e pelo marido.

Por um longo período, partejar é considerado uma tradição exclusiva das mulheres parteiras. A partir do século XVI, tem início uma série de regulamentações, no sentido de excluir a mulher dessa prática e afastá-la do saber acerca das doenças, tornando-o monopólio dos homens.

Do início dessas regulamentações até a apropriação do exercício do partejar pela medicina, um longo caminho é percorrido, passando por uma resistência dos médicos em exercerem tal prática, pois estando originalmente ligada às mulheres, está naturalmente imbuída de uma conotação inferior. A incorporação à medicina é feita através da prática cirúrgica, onde cabe ao médico, inicialmente, intervir apenas em partos complicados e perigosos. Aos poucos, no decorrer do século XVIII, os homens passam a atuar mais na obstetrícia, com o uso de instrumentos como o fórceps, por exemplo, vencendo o tabu de tocar nos corpos das mulheres e ganhando prestígio junto à classe médica. A volta das mulheres à prática obstétrica faz-se possível apenas com a sua masculinização: *"a perda de feminilidade seria o castigo reservado às audaciosas culpadas de se imiscuir numa arte reservada aos homens"* (Knibiehler e Fouquet, 1983 *apud*. Vieira, *op.cit.*:58).

Ao final do século XIX, o discurso médico é predominantemente de caráter higienista, com a preocupação de controlar a organização dos espaços urbanos, no sentido de prevenir e evitar a disseminação de doenças, assim como diminuir a mortalidade.

O higienismo surge no Brasil a partir do ideário francês, como uma aliança feita entre a Medicina e o Estado, no sentido de abrir caminho aos médicos para uma maior participação junto ao poder público (Coelho, 1999) e permitir ao Estado entrar na família e diminuir seu poder. Isso se torna possível através da submissão da família a uma nova norma, responsável por formar cidadãos individualizados, cuja saúde e prosperidade passam a depender dessa sujeição da família ao Estado. Por um lado, o

foco dessa parceria é a família burguesa, onde a ênfase é colocada na educação para formar indivíduos saudáveis e, por outro, a coletividade pobre, através das campanhas voltadas para a moral e a higiene (Costa, 1999).

A medicina higiênica caracteriza-se como a mediadora entre os pais e os filhos, devido à “ignorância” e à “irresponsabilidade” dos primeiros, condições essas que possibilitam o ingresso da medicina no interior da família. Dessa maneira, uma nova norma familiar é instituída e os desvios a ela devem ser corrigidos. A medicina aparece como uma técnica de regulação dos indivíduos, redefinindo formas de convivência na intimidade, novos papéis e novas funções para os membros da família.

Neste contexto, a mulher ganha uma nova importância que, se não altera a sua condição doméstica, biológica e naturalmente maternal de forma expressiva, reveste-a com uma maior autoridade familiar perante a sociedade.

É no sentido de diminuir a mortalidade infantil, que surge o papel da mãe como fundamental no cuidado dos filhos, de forma a produzir indivíduos saudáveis. Entretanto, a mulher continua sendo vista como incapaz, não autônoma e possuindo uma natureza feminina como potencial deflagradora de loucura, degeneração moral e criminalidade. Desta maneira, as decisões sobre seu corpo são, muitas vezes, tomadas por seus maridos, irmãos ou médicos (Vieira, 2002).

A Ginecologia surge também no século XIX, como uma ciência da mulher, de maneira ampla, constituindo-se sob a perspectiva de que as fases da vida feminina são propícias a desordens e perturbações. Segundo essa ótica, mulheres e homens são diferentes entre si o que, entretanto, não se traduz na existência de uma ciência do homem. O que se evidencia é uma assimetria entre os dois, estabelecendo uma relação especial entre a medicina e a mulher, cujo corpo é mais medicalizado que o do homem (Rohden, 2001).

A partir do século XVIII e, em especial, do século XIX, as doenças femininas são cada vez mais estudadas, sendo relacionadas ao útero e consideradas como expressão da sua natureza. Prevalece um pensamento circular, onde *"na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres"* (Rohden, 2001:16).

Aos poucos, a Ginecologia tem seu desenvolvimento mais próximo da cirurgia, beneficiando-se, também, com os avanços da Obstetrícia. No final do século XIX, a cirurgia torna-se mais lucrativa e os obstetras passam a se especializar em cirurgia ginecológica. A disputa entre os obstetras mais antigos e os ginecologistas aumenta, à

medida que a Ginecologia ganha mais prestígio e torna-se uma prática mais intervencionista (Rohden, *op.cit.*).

As diferenças de gênero, nesse momento, se justificam como naturais e biológicas, sendo parte da condição feminina, além da potencialidade de gerar filhos, cuidá-los e criá-los. A constituição da identidade de mulher passa pela maternidade, incluindo o chamado "instinto maternal", negando-se a possibilidade de considerar esse processo como uma construção, e não apenas como natural.

Hoje, a medicalização da reprodução humana, com as novas tecnologias reprodutivas, transformou a infertilidade numa categoria médica, tão naturalizada quanto o desejo de ter filhos, a tecnologia biomédica como competência reguladora do potencial reprodutivo e a medicina como sendo a que vai realizar esse desejo, tornando viável a geração de crianças para atender a uma demanda de indivíduos adultos. (Corrêa, 2001).

Quando se pensa no objeto desta pesquisa – os discursos médicos sobre mulheres doentes –, o interesse é buscar nesses discursos pistas, sinais, vestígios de tais questões discutidas aqui sobre corpo, gênero e ciência, que possam expressar o olhar que orienta a relação de médicos e médicas em formação com suas pacientes e seus corpos, e quais as marcas que estes trazem no que se refere à doença e à reprodução.



2 - Escovando palavras – a construção de fontes orais

Escova

Eu tinha vontade de fazer como os dois homens que vi sentados na terra escovando osso. No começo achei que aqueles homens não batiam bem. Porque ficavam sentados na terra o dia inteiro escovando osso. Depois aprendi que aqueles homens eram arqueólogos. E que eles faziam o serviço de escovar osso por amor. E que eles queriam encontrar nos ossos vestígios de antigas civilizações que estariam enterrados por séculos naquele chão. Logo pensei em escovar palavras. Porque eu havia lido em algum lugar que as palavras possuem no corpo muitas oralidades remontadas e muitas significâncias remontadas. Eu queria então escovar as palavras para escutar o primeiro esgar de cada uma. Para escutar os primeiros sons, mesmo que ainda bígrafos. Comecei a fazer isso sentado em minha escrivaninha. Passava horas inteiras, dias inteiros fechado no quarto, trancado, a escovar palavras. Logo a turma perguntou: o que eu fazia o dia inteiro trancado naquele quarto? Eu respondi a eles, meio entresonhado, que eu estava escovando palavras. Eles acharam que eu não batia bem. Então eu joguei a escova fora.

Manoel de Barros (2003: 1)

2.1 – O método

A idéia de se trabalhar com fontes orais surgiu a partir do delineamento do próprio tema: o interesse em ouvir como os profissionais médicos ainda em formação – residentes –, que escolhem a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, falam sobre as mulheres que atendem e de que forma esse discurso é construído.

A utilização de fontes orais, apesar de não se tratar de uma novidade, tem sido bastante questionada entre os historiadores como fontes fidedignas, sendo vista de forma bastante cética entre alguns, como é o caso de A.J.P.Taylor (Prins, 1992), e defendida por outros, como Paul Thompson (1978 *apud* Prins, *op.cit.*) que argumenta sobre a sua legitimidade, no sentido de dar voz àqueles cujos pontos de vista e valores são desconsiderados pela história oficial ou dominante, proporcionando-lhes, desta forma, presença histórica.

Para Gwyn Prins (*op.cit.*), essa controvérsia estaria, talvez, relacionada à profunda valorização da escrita, visto que os historiadores vivem em sociedades alfabetizadas, numa cultura que é dominada pela palavra escrita, e, por conseguinte, tenderiam a desprezar a palavra falada.

Segundo Louis Starr (1987),

*"a história oral seria uma fonte documental primária obtida pela gravação da palavra falada – geralmente por meio de entrevistas programadas e registradas em fita cassete – de pessoas que possuem informações de outro modo inatingíveis e que merecem ser preservadas". (apud Cardoso, 1989:17)*⁷

Ronald Grele (1985) prioriza o processo de análise do material coletado, que deve ser cuidadoso e minucioso. Para ele, a entrevista consiste numa narrativa conversada: narrativa pela forma de exposição verbal que se manifesta no processo de contar uma história, e conversada pela relação que se estabelece entre entrevistado e entrevistador, ambos participantes ativos, e que pode incluir situações de conflito.

Ele se refere a três aspectos que estão presentes nas entrevistas orais: o primeiro, lingüístico e gramatical, que envolve as relações entre sons, palavras ou signos, constituindo a forma literária da entrevista; o segundo, de desempenho, diz respeito à

⁷ Cardoso utiliza a expressão "história oral" ao se referir a trabalhos que se encaixam dentro dessa nomenclatura, mas argumenta sobre sua validade, no sentido de não a considerar como uma especialidade dentro da História, ou como uma forma diferente de fazê-la, mas sim uma referência à construção pelo historiador de fontes orais, dentro de determinados parâmetros de produção e análise.

interação entre entrevistador e entrevistado e inclui ambas as visões de mundo, com todo o repertório cultural, social e psicológico de cada um; e o terceiro, o cognitivo, que abarca as relações entre o depoente e o entrevistador e entre o depoente e o material transmitido, que traz à tona sua própria consciência histórica.

Peter Friedlander (1975), conforme comentado por Cardoso (1989), ressalta a coleta do material como etapa mais importante, sendo vista como fonte potencial de problemas de interpretação. Salienta dois aspectos importantes na construção da fonte: a questão das diferenças de linguagem entre entrevistador e entrevistado e a questão da memória, relacionada à capacidade de percepção do sujeito que é moldada por aspectos culturais, de educação e pela própria experiência.

Uma das dificuldades imputadas à utilização de fontes orais, a partir de depoimentos pessoais, relaciona-se à discussão sobre o conceito de neutralidade como sinônimo de verdade científica e diz respeito à possibilidade de lapsos de memória, o que é questionável, visto que também os documentos escritos estão sujeitos a distorções, relacionadas a escolhas conscientes ou não do que preservar e do que descartar, tornando-os, potencialmente, tão enganadores quanto as fontes orais.

O trabalho com fontes orais apresenta peculiaridades, entre elas, a gama de informações que é trazida pela palavra falada, a relação que se estabelece entre pesquisador e indivíduo histórico e a possibilidade de se refletir sobre o material no momento em que ele é produzido. Significa a possibilidade do contato direto com os sujeitos em toda sua complexidade, recuperando a sensibilidade e a emoção que o contato com o documento escrito não permite ou dificulta.

Não se trata de uma coleta indiscriminada de palavras, mas de utilizar procedimentos norteadores dessa coleta, embasados em objetivos claros e hipóteses construídos pelo pesquisador, para posterior análise do material explícito e para trazer à tona o que jaz subentendido (Cardoso, 1989).

Para viabilizar o estudo do tema em questão, o caminho escolhido foi o de um estudo de caso institucional (Yin, 2002) com residentes dos Serviços de Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira (IFF), uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2004, que constou de duas etapas: a primeira, um período de **observação participante** em quatro reuniões clínicas da Ginecologia (CIC – Confirmação de Indicação Cirúrgica) e em quatro reuniões da Obstetrícia (Clube do Feto), com o objetivo de recolher dados para servir de subsídio às

entrevistas do método de construção de fontes orais, especialmente o roteiro temático. O material recolhido foi registrado sob a forma de notas de campo.

Segundo a definição de Emerson et. al. (1995), a observação participante nomeia o ingresso num espaço desconhecido, de forma a estabelecer relações intersubjetivas com seus participantes, com a intenção de obter informações para uma compreensão mais sutil de sua realidade.

Pretendeu-se registrar nas notas de campo dados sobre: ambiente, relação entre os participantes, relação dos residentes com o *staff*, relação dos residentes com o caso narrado, aspectos rituais da apresentação de caso, construção do diagnóstico, construção de narrativas médicas, forma de lidar com situações não-rotineiras.

Essa demonstrou ser uma etapa extremamente importante, não apenas no sentido de ingressar nesse campo pouco conhecido, pelo fato da pesquisadora não ser médica, mas principalmente por permitir uma aproximação lenta e gradual com os futuros entrevistados. Significou o estabelecimento de uma incipiente relação de confiança que seria aprofundada depois, no decorrer da aplicação do método de construção de fontes orais, além de despertar um misto de receio do desconhecido e de curiosidade sobre algo que seria desenvolvido a partir e através dos seus depoimentos.

À observação participante, seguiu-se a segunda etapa, com a utilização do **método para construção de fontes orais**, elaborado e testado pela historiadora Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso (1989), que alia a preocupação com a coleta das informações e sua análise, que acontece a partir do momento em que esse material é produzido e continua após transcrição literal das fitas gravadas.

O método é composto de quatro módulos interdependentes e articulados e trabalha com três tipos de memória, que aparecem no decorrer dos depoimentos de forma entrelaçada: a individual, expressão de desejos, aspirações e conflitos; a coletiva, como forma de experiência de um grupo; e a histórica, como recordação de fatos. Cabe frisar, que apesar de se tratar de depoimentos pessoais, onde cada entrevistado responde sobre sua vida e sua visão de mundo, numa atitude autobiográfica que é o fio condutor que tenta organizar a desordem das lembranças, o labirinto das memórias (Feitosa, 2002), acredita-se que através deste procedimento metódico é possível romper com esses limites individuais e pontuais e acessar informações pertencentes aos contextos mais amplos das memórias coletiva e histórica.

O **primeiro módulo** consistiu num **contato**, previamente marcado, sem a utilização de gravador, onde foram expostos os objetivos do trabalho e a finalidade do depoimento. O material coletado permitiu uma primeira aproximação com a dinâmica do entrevistado, a forma como considerou a proposta e os temas de seu interesse. A partir desse material, foi produzido um documento, com os dados básicos do entrevistado, que foi chamado de "esboço".

O **segundo módulo** teve como objetivo reconstituir a história pessoal do depoente, desde as suas lembranças mais remotas até hoje, enfocando questões relativas aos costumes, tradições familiares, hábitos alimentares, de lazer e de vestir, modelos de namoro e casamento, leituras de interesse, estrutura familiar, a partir de uma fala livre, entremeada por questões formuladas no intuito de clarear proposições e estimular a memória. Tais questões não foram previamente formatadas ou subordinadas a um roteiro. Elas nasceram da interação entre entrevistador e entrevistado, correspondendo às necessidades de estabelecimento do diálogo, para se alcançar a reconstrução de maneiras de viver e pensar situações rotineiras.

O **terceiro módulo**, essencialmente temático, constou de questões diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa, onde o entrevistado foi convidado a falar sobre os temas sugeridos.

Esse módulo exigiu a elaboração de um roteiro que, todavia, não era composto por uma lista de perguntas, mas sim por tópicos elencados a partir de pesquisa bibliográfica prévia, acrescido do material coletado nos módulos anteriores, dos dados fornecidos pelas notas de campo (relativas à primeira etapa de observação participante), assim como de outros dados que puderam ser colhidos e analisados, tendo como base fontes que espontaneamente os entrevistados forneceram à pesquisadora (nomes de filmes, livros, séries de televisão, por exemplo).

Ele exigiu uma extensa pesquisa por parte da entrevistadora, no sentido de melhor situar-se no âmbito social, cultural e profissional do entrevistado, tendo como escopo fazer brotar dados que permitissem melhor analisar a relação do entrevistado com os temas que envolviam o objeto da pesquisa.

Cabe ressaltar que esse roteiro é dinâmico e personalizado, metodicamente pensado por Cardoso (1989) como aberto e passível de reformulações. O roteiro, na realidade, ancora-se no quadro teórico/conceitual que embasa os pressupostos da

pesquisa; no caso em questão se relacionava, de maneira geral, aos seguintes temas: raciocínio clínico, residência em Obstetrícia/Ginecologia e corpos de mulheres doentes.

Outros desdobramentos ocorreram e trouxeram novas possibilidades de subtemas e conexões de interesse para a realização dos objetivos da pesquisa.

O **quarto módulo** pretendeu levar o depoente a falar livremente sobre sua trajetória de residência médica, objetivando melhor elucidar as congruências e incongruências de sua fala. Esta fase complementou as anteriores, contribuindo como uma contracheragem.

Neste trabalho, procura-se retratar o pensamento dos residentes sobre a mulher e a sua prática de atendimento, além das suas vivências em relação aos dois anos de trajetória na Residência em Obstetrícia/Ginecologia no IFF.

Foram entrevistados **sete** dos oito médicos que concluíram o segundo ano da Residência Médica em janeiro de 2004, de ambos os sexos, sendo **cinco** mulheres e **dois** homens, O **oitavo** residente, uma mulher, não pôde participar da pesquisa, por ter entrado de licença no último mês da residência, devido a complicações da gravidez, sendo imperativo manter repouso absoluto.

Os depoimentos foram colhidos num período de quatro meses, com duração média, por pessoa, de 3 horas e 20 minutos, distribuídas pelos quatro módulos. Todos eles foram transcritos literalmente, de forma a permitir uma melhor análise. Entretanto, na dissertação, os trechos apresentados sofreram pequenas modificações com o intuito de transformar a linguagem falada em linguagem escrita, sem, contudo, implicar em alterações significativas do seu sentido.

Houve uma preocupação em conciliar os depoimentos com horários de maior disponibilidade do residente, de forma a não interferir com o andamento dos serviços. O espaço físico onde eles aconteceram variou entre o ambulatório da Ginecologia, nas atividades de "extra", onde o residente fica disponível para atender casos emergenciais não agendados, e de supervisão, para aqueles que já haviam começado R3; o terceiro andar, no horário de plantão na Obstetrícia e as salas da Pós-Graduação.

Foram escolhidos os residentes do segundo ano por já serem médicos graduados e estarem iniciando sua prática numa área especializada. Ao final deste segundo ano, já passaram tanto pela Obstetrícia quanto pela Ginecologia. É no momento da residência que coexistem as dimensões de aluno e profissional na figura do residente, o que significa que eles já são responsáveis pela sua prática, mas ainda são tutelados por um

preceptor. Por estarem numa transição entre a graduação e a vida profissional, os discursos ainda estão em processo de construção e de adaptação entre o que seria abordar um caso teórico e um caso real.

O campo de pesquisa foi o IFF, um hospital público que apresenta nos últimos anos um processo de complexificação crescente. Ele se classifica como terciário⁸, no que se refere ao atendimento à criança, com serviços altamente especializados e de referência que incluem uma UTI neonatal e outra para crianças maiores, e secundário⁹ no que se refere ao atendimento à mulher. Isto significa que casos que necessitem de maiores cuidados ou que ofereçam um nível de risco elevado não são nele atendidos, visto que o hospital não dispõe de UTI para a mulher.

O hospital conta, ainda, com serviços de apoio às especialidades que incluem radiologia, laboratório de análises clínicas, anatomia patológica, banco de sangue, banco de leite, nutrição, fisioterapia, farmácia, centro de estudos, arquivo central e biblioteca informatizados.

O programa de Residência Médica do IFF em Obstetrícia/Ginecologia obedece à Resolução nº 04/2003, art. 2º da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 2003), com duração mínima de dois anos e carga horária que varia entre 2800 a 3200 horas anuais. Um terceiro ano é oferecido como pós-graduação em subespecialidades da Ginecologia e da Obstetrícia. A Resolução nº 13/2004, art. 4º (CNRM, 2004) altera a duração do programa em Obstetrícia/Ginecologia de dois para três anos, devendo as instituições adaptar seus respectivos programas até dezembro de 2005.

No IFF, a residência médica se organiza da seguinte maneira: vincula-se ao Coordenador de Residência Médica do Departamento de Ensino, ao qual estão subordinadas as Coordenadorias por Área. A estas últimas subordinam-se as Coordenadorias por Setor, que coordenam as atividades das Unidades, onde trabalham os Preceptores do Programa de Residência Médica.

A seleção para RM em Obstetrícia/Ginecologia no IFF se fez através de uma prova escrita, versando sobre conhecimentos específicos, com peso 9, e uma prova prática/oral, cuja média tem peso 1. Os critérios para a prova de seleção para RM foram alterados pela Resolução nº 08/2004 da CNRM que estabelece que o processo é

⁸ A assistência à saúde é classificada em três níveis, conforme a complexidade dos serviços que são oferecidos e sua cobertura. O nível terciário corresponde a uma assistência especializada, com alta tecnologia, para as assistências aberta e fechada, segundo definição da CLAP, OMS, OPS de 1984 (Castoldi, 1996).

⁹ O nível secundário inclui serviços abertos e fechados das quatro especialidades básicas: medicina interna, pediatria, obstetrícia e cirurgia (Castoldi, 1996).

composto de duas fases, a primeira delas consistindo em exames escrito, com questões objetivas sobre as especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social, com peso mínimo de 50%. A segunda fase é opcional e pode variar de acordo com os critérios da instituição, consistindo em prova prática com questões relativas às mesmas especialidades citadas, com peso de 40 a 50% da nota total. Essa mudança privilegia a avaliação das habilidades e comportamentos dos candidatos e não apenas dos seus conhecimentos teóricos.

A carga horária é distribuída segundo uma proporção de 80 a 90% de treinamento prático, em serviço, de acordo com os turnos de funcionamento do hospital e os plantões, e 10 a 20% de atividades teórico-práticas, que objetivam complementar o treinamento em serviço e que são oferecidas sob a forma de aulas teóricas, envolvendo revisão de temas básicos e atualização, sessões clínicas para relatos de casos, discussões de artigos médicos, palestras com convidados externos.

O residente que entra para o IFF fica alocado no primeiro ano (R1) predominantemente na Obstetrícia, dedicando apenas 20% do tempo à Ginecologia, onde cumpre um turno de ambulatório geral e centro cirúrgico.

Os casos atendidos na Obstetrícia se caracterizam pelo alto risco fetal, devido à especificidade do hospital, e envolvem, na maioria das vezes, malformações. No caso da mulher, são aceitos apenas os casos envolvendo risco secundário, como por exemplo, uma hipertensão leve.

O aprendizado é feito em módulos, sob a forma de rodízio, a cada dois meses, pelos setores do serviço: ambulatório de pré-natal, puerpério, medicina fetal e enfermarias, razão pela qual o vínculo com as pacientes não se fortalece. O atendimento é feito pelo residente em conjunto com um médico e a paciente é considerada da equipe.

O serviço dispõe de 22 leitos, sendo 12 gestantes e 10 puérperas, ocorrendo uma média de 3 a 4 partos por dia.

No segundo ano, o residente fica alocado a maior parte do seu tempo na Ginecologia, cumprindo um plantão na Obstetrícia.

Os residentes, durante esse ano, atendem no ambulatório geral, na cirurgia, nas enfermarias (por três meses, como responsáveis; depois, acompanhando pacientes operadas) e pelos ambulatórios especializados (patologia cervical, infanto-puberal, mastologia, uroginecologia, planejamento familiar, endocrinologia, adolescente, avaliação pré-operatória, exames), onde como estagiários, acompanham um médico da

instituição, permanecendo cerca de três meses em cada. No ambulatório geral, os residentes "assumem" a paciente, o que contribui para legitimar sua autoridade enquanto profissionais (Castoldi, 1996). A supervisão dos casos é feita durante os atendimentos.

Existe um médico responsável pelas enfermarias, entretanto, outros contribuem para a assistência às suas pacientes. O *round* é diário, feito de maneira informal. O serviço dispõe de um total de 10 leitos.

Ao se buscar, nesta pesquisa, explicitar os significados culturais sobre a mulher presentes nos discursos dos residentes e que afloram nas relações, sejam elas com as pacientes, com os colegas profissionais e, inclusive, com a pesquisadora, a opção por se trabalhar com a palavra falada onde pudessem ser percebidas entonações, dúvidas e emoções, tornou-se a mais adequada. Essa abordagem possibilitou uma riqueza de material, uma tal gradação de cores, que os documentos escritos não seriam capazes de proporcionar.

Como as bonecas russas, *Matrióchka*, que se encaixam umas dentro das outras, os depoimentos orais contêm, além das histórias pessoais dos entrevistados, suas visões de mundo e percepções sobre o processo histórico que lhes coube viver. No caso dos residentes em Obstetrícia/Ginecologia, contêm informações, que para além de individuais, dizem muito sobre as tradições e valores presentes na especialidade, na medicina, e de maneira mais ampla, na ciência que podem estar sendo reproduzidos por eles.

"a memória reflete não somente o que estampam mas também o que não registram, uma vez que o modo como a vivência foi lida é também uma maneira de entender o passado e os diferentes graus de integração ou segregação aos postulados ideológicos dominantes".
(Cardoso, 1989:14)

2.2 – Análise dos dados

"É só pela limitação do ato da escrita que a imensidade do não-escrito se torna legível, ou seja, pelas incertezas da ortografia, pelos equívocos, pelos lapsos, pelos saltos incontroláveis da palavra e da pena. Por outro lado, o que está fora de nós não pretende comunicar-se pela palavra, quer falada, quer escrita: ele envia suas mensagens por outros meios."

Italo Calvino (2001: 187)

"Cada novo livro que leio passa a fazer parte daquele livro abrangente e unitário que é a soma de minhas leituras. Isso não acontece sem esforço; para compor esse livro geral, cada livro particular deve transformar-se, relacionar-se com os livros que li anteriormente, tornar-se o corolário ou o desenvolvimento ou a refutação ou a glosa ou o texto de referência."

Italo Calvino (*op.cit.* : 259)

A análise dos dados foi feita segundo o modelo indiciário descrito pelo historiador Carlo Ginzburg (2001a), a partir do método criado pelo crítico de arte Giovanni Morelli para identificação da verdadeira autoria de determinadas pinturas.

A origem desse modelo epistemológico é muito antiga, ligado à atividade de caça, onde uma série coerente de eventos pode ser decifrada pelo caçador, a partir da leitura dos sinais deixados pela presa.

Propõe que, ao invés de basear a análise no que é verbalizado, explícito, aparente, deve-se buscar o não dito nos detalhes, nos gestos, nos silêncios, que possam revelar a percepção dos entrevistados sobre os temas propostos para além do seu discurso verbal.

O material colhido começou a ser trabalhado já a partir do primeiro módulo da entrevista, através da percepção das sutilezas, do implícito presente no gestual, nas pausas, nos olhares. Posteriormente, as várias leituras do material transcrito permitiram a observação das incongruências e as relações entre o explícito e o implícito, entre discurso e corpo, entre significados aprendidos culturalmente e sua vivência.

O material colhido nas entrevistas foi analisado de acordo com o procedimento técnico-metodológico utilizado por Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso em sua tese de doutorado (2000). Tal procedimento foi elaborado a partir da exposição feita por Ciro Flamarion Cardoso (1997) do percurso gerativo textual de Greimas e Courtés, cujo enfoque é em torno de uma gramática semiótica e narrativa.

Foram três as etapas seguidas:

1. Leitura de todo o material das entrevistas, considerado como um *corpus*.
2. Leitura em profundidade combinada com procedimentos de codificação qualitativa analítica das entrevistas.

A codificação acontece em duas fases:

- a) **codificação aberta**: identificação e demarcação de temas e assuntos, em toda sua variedade, a partir da leitura linha por linha das entrevistas;
- b) **codificação enfocada**: baseada nos pontos identificados como de interesse.

O material resultante das notas de campo da observação participante foi utilizado como subsídio para confecção do roteiro temático, utilizado no método de construção de fontes orais, e também foi codificado de acordo com as duas fases citadas.

3. Análise semiótica: Em semiótica, considera-se um texto todo enunciado, seja ele verbal ou não, onde se incluem gestos, filmes, quadros, que seja fechado, revestido de significação e função integrais, não podendo sofrer divisão.

Para realizar esta análise, foram considerados os seguintes aspectos:

✓ **Coerência textual**: especialmente em textos compostos por várias frases, pode-se dizer que é o que as une de forma solidária e as torna partes integrantes de um todo mais abrangente.

✓ **Competência textual e intertextual**: a primeira relaciona-se à capacidade do leitor de perceber que as frases são fragmentos interconectados a um todo mais amplo e coerente, podendo, portanto, suprir as ligações necessárias que se encontram implícitas. A segunda refere-se ao movimento, feito pelo leitor para entender um texto, de lançar mão de experiências anteriores com outros textos, a fim de melhor situar o atual e estabelecer seus limites de coerência textual.

Ao se olhar para o próprio texto, afirmá-lo como coerente é perceber que o sentido de cada frase, de acordo com a sua ordem de enunciação, tem como contexto o sentido da frase anterior e assim até a última frase.

✓ **Estruturas superficiais e profundas do texto:** as primeiras se referem à ordenação em forma de discurso dos conteúdos que podem ser manifestos ou transformados; as segundas são estruturas lógico-semânticas básicas, cujos componentes elementares semânticos podem ser definidos em seu estatuto lógico e caráter geral.

✓ **Discursivização:** processo em que, por intermédio das estruturas discursivas superficiais, as estruturas sêmio-narrativas, mais profundas, são colocadas em discurso pela enunciação.

A discursivização envolve os processos de: **actorialização**, que é o estabelecimento dos atores no discurso; **temporalização** e **espacialização**, que delimitam os efeitos de tempo e espaço (sintaxe discursiva); e **tematização** e **figurativização**, que enfocam a geração de elementos abstratos e concretos, respectivamente (semântica discursiva).

Procurou-se nos depoimentos, tanto no momento em que ocorriam, quanto após, durante a transcrição da entrevista e durante a sua análise, indícios, pistas, sinais que revelassem, para além do conteúdo explícito do discurso, o que os residentes manifestavam sobre sua formação, sua prática e sobre a mulher.

O projeto que embasou esta pesquisa foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, sob o parecer nº 054/03, de 04 de dezembro de 2003.

2.3 – "Esboços": os residentes, por eles mesmos

...ando em busca
dos fragmentos de mim
como naqueles quebra-cabeças
de infinitas peças.¹⁰

Nesta parte, faz-se uma pequena narrativa sobre os entrevistados, a partir de como cada um falou de si - os residentes, por eles mesmos -, no sentido de mostrar os sujeitos da investigação como pessoas, com suas histórias, principalmente por ter se trabalhado com o método para construção de fontes orais, que possibilita o estabelecimento de uma relação que se aprofunda a cada encontro, onde pesquisador e sujeito pesquisado são humanos, essencialmente humanos.

Como um fotógrafo que, após eleger o tema do seu ensaio, passa a se aproximar dele, tentando apreender hábitos, histórias, jeitos, detalhes, gostos, buscando amoldar-se ao seu sujeito de estudo para melhor captá-lo, numa relação de confiança, assim a pesquisadora se aproximou dos entrevistados, os residentes.

Usa-se o termo esboço, por se saber que não é possível fazer um quadro definitivo dessas pessoas. Nessas 23 horas de contato, pôde-se definir recortes de determinados momentos de suas vidas, passíveis de serem capturados em palavras, como o fotógrafo as capturaria em imagens, que, sabemos, são pontuais. *"Cada presente é passado em instantes que se esfumam - se não fotografados. A fotografia é a eternização desses presentes passados"* (Koury, 1998:73).

Apesar do caráter individual das narrativas, a intenção não é analisá-las isoladamente, mas em conjunto, na sua relação com o grupo ao qual pertencem.

Os nomes dados são fictícios, de maneira a preservar a real identidade em sigilo.

Manoela (S1)

A mais velha de três irmãos, tem 26 anos, fez medicina na UFRJ. Reside atualmente na Barra da Tijuca.

¹⁰ Fragmento extraído de texto não publicado da autora.

Entre as lembranças da infância, surge a da bisavó, que morava com a sua família, que a mimava bastante, por ser a primeira bisneta, e fazia comidinhas gostosas...

Morou fora do Rio de Janeiro durante parte de sua adolescência e algumas de suas lembranças remetem a esse período, os diferentes lugares, São Luiz e Porto Velho, o grupo de amigos e a dificuldade em se aproximar de pessoas novas a cada mudança. Ainda se percebe tímida nos primeiros contatos.

Bastante crítica consigo mesma, considera-se "certinha" e prática. Não sofre por antecipação e depois de tomadas as decisões importantes, não volta a elas com dúvidas sobre o caminho escolhido. Sofre com as críticas, principalmente, se forem injustificadas.

Não encontra uma razão específica para ter feito medicina. Sempre disse que queria ser médica e não houveram outras carreiras que lhe despertassem o interesse.

Escolheu G.O., e, principalmente Obstetrícia, porque, em geral, lida-se com a vida, mais do que com a morte: quase sempre é uma condição de felicidade para a mulher. Gosta de "resolver" e prefere os plantões ao ambulatório, por estar mais em contato com o imprevisto.

Sempre gostou de MPB e não sabe muito explicar de onde vem esse gosto; interessa-se bastante por leitura e muitas vezes gosta de procurar livros de um mesmo autor que aprecie, como por exemplo, Garcia Márquez, Saramago, Veríssimo. Mas também em certos momentos, opta por livros "leves", de leitura fácil.

Já está se preparando para casar: ela e o noivo estão montando casa e a chegada do primeiro sobrinho acentuou seu desejo de ser mãe.

Fica bastante indecisa quanto a fazer Pós-Graduação Médica (PG3) em medicina fetal, ou seguir carreira no Exército, tendo passado no concurso. Acabou priorizando a formação; pensa que pode fazer o concurso para o Exército em outro momento, mas que depois de estar trabalhando, seria mais difícil voltar para fazer essa subespecialização. Pede opinião para pessoas que considera próximas, mas até certo ponto, pois prefere decidir por si mesma.

Perdeu um irmão quando ainda eram crianças e esse contato prematuro com a morte a marcou bastante. Posteriormente, um novo irmão, adotado, veio fazer parte da família.

Pensou que a entrevista seria mais difícil do que efetivamente foi por achar que teria dificuldade em falar sobre o tema da pesquisa. Surpreendeu-se pelo fato de não ter sido assim e por ter falado tanto...

Eliane (S2):

Atualmente com 25 anos, Eliane é filha de mãe ginecologista e pai cirurgião. Tem um irmão que é dois anos mais novo que ela.

Traz como lembrança forte da infância o ser cuidada pela avó materna, enquanto os pais trabalhavam, e a disponibilidade do pai, pois normalmente era ele quem os apanhava na parte da tarde e ficava com eles até a mãe chegar. Segundo ela, era um "*horário de recreação*", que variava entre ir à casa da outra avó, ir lanchar em algum lugar ou a preparar lanches "*que a gente gostava*" em casa mesmo. O pai brincava muito com eles, mas principalmente de bola com o irmão. Isso às vezes a deixava chateada por querer brincar de casinha e outras coisas, mas não chega a ser uma lembrança ruim. Ficava por perto, brincava um pouco também. Essa rotina foi até uns oito anos e lamenta que depois que eles cresceram, os pais passaram a trabalhar mais e esse contato foi diminuindo.

Fez várias atividades extracurriculares, como natação, ballet, inglês. Considera que tinha "*surtos*", onde escolhia fazer coisas diferentes, que nem sempre eram levadas adiante, como foi o tênis, por exemplo. Frequentava muito o clube para essas atividades.

Morou em Nova Iguaçu até passar no vestibular para medicina na UERJ. Pela distância, veio dividir o apartamento com uma amiga e suas duas irmãs. Após algum tempo, foi morar num apartamento da família, na Barra da Tijuca, que passou depois a dividir com o irmão. É onde mora atualmente.

Atribui a escolha por medicina ao fato dos pais serem médicos, e, portanto, por conhecer mais a profissão, e também por ser uma pessoa afeita a desafios, cujo ponto máximo a ser atingido seria passar no vestibular para medicina.

Considera-se bastante vaidosa e uma das coisas de que gosta é fazer compras. Sempre foi bastante preguiçosa com o corpo, mas desde que entrou para a Residência, sentiu necessidade de uma atividade física; atualmente faz ginástica localizada e é uma das coisas que mais gosta de fazer.

Tem o hábito de ler revista Veja, por considerar informativa e variada; gosta de livros também, principalmente romances, mas depende um pouco da fase em que está. Iniciou recentemente um namoro, e procura administrar seu tempo livre, de forma a estar, sempre que pode, com o namorado.

Percebe-se pessimista muitas vezes, talvez um pouco "*reclamona*", mas sente que o motor da sua vida é "*(...) achar que um dia eu vou estar plenamente feliz (...) que tudo*

vai estar funcionando muito bem (...)". O que a motiva a investir profissionalmente, é pensar que vai poder estar fazendo o que gosta, ganhando bem e sendo competente no que faz.

Optou por continuar numa clínica de diagnóstico por imagem; decepcionou-se um pouco com o trabalho em consultório, pelo excesso de imprevistos, expectativas e cobranças. Prefere preservar um pouco sua vida pessoal, ter horários mais regulares, os fins de semana livres. Mas às vezes sente falta da parte cirúrgica, que gosta bastante. Acha que é um momento na construção da profissão, o que não significa que passará toda sua vida profissional fazendo imagem.

Mariana (S3):

A segunda, de quatro irmãos, sendo duas mulheres e um homem, tem 27 anos e é filha de mãe psicóloga e pai arquiteto. Mora atualmente no Flamengo. Coursou medicina na UFRJ.

As lembranças da infância remetem às brincadeiras na rua, pois morava num prédio pequeno com muitas crianças. Outra lembrança são as crises de asma, que eram freqüentes entre os sete e os nove anos, algumas chegando à internação; a preocupação dos pais, especialmente do pai, com a alimentação nesses momentos em que emagrecia bastante.

Nessa época já existia a vontade de fazer medicina e acha que as estadias no hospital reforçaram essa vontade, pois quando melhorava, gostava do ambiente hospitalar.

Lembra das brincadeiras e das brigas com os irmãos, todos próximos em idade. *"Sempre fui muito moleca (...) gostava de brincar, de botar o pé no chão mesmo"*. A fantasia de mulher maravilha, que usava junto com o irmão, de super-homem, fez parte desse repertório de brincadeiras. Também gostava de freqüentar a casa das amigas para brincar.

Sempre foi ligada à dança: ballet, jazz, dança moderna. Chegou até a pensar em se dedicar profissionalmente, mas a medicina falou mais alto e acabou deixando a dança apenas como *hobby*.

Gosta de leituras que a façam relaxar da rotina estressante da profissão. Considera-se bastante reflexiva sobre a vida em geral; sente que talvez torne certas

questões muito complexas, complicando o que poderia ser mais simples, influência da mãe psicóloga que "(...) a vida inteira analisou muito a gente".

A escolha da especialidade foi sendo construída, segundo ela, de forma racional, pela conjugação de aspectos de seu interesse dentro da medicina: a obstetrícia, a parte cirúrgica, a parte clínica e um pouco de endocrinologia. E também por ter mais afinidade com o atendimento à mulher, talvez sendo mais capaz de entender o que a mulher sente por ser mulher também.

Na medicina não se identifica muito com o caráter mais emergencial. Considera-se mais tranqüila, inclusive em termos fisiológicos, e sente necessidade de preservar seu ritmo e outros aspectos da sua vida, além do profissional, razão pela qual prefere a ginecologia à obstetrícia. No segundo ano da Residência, teve um problema de saúde importante que a obrigou a dosar um pouco o seu ritmo de trabalho.

Optou por não fazer PG3 e irá começar um estágio em reprodução assistida, que é uma área onde a parte de endocrinologia, que lhe interessa, é bastante relevante. Gosta da possibilidade de conseguir resolver um problema numa esfera tão importante para a mulher como o poder ter filhos.

Acha que a formação em medicina é bastante longa, onde existe uma demora em começar a produzir. A residência, segundo ela, acontece num momento de vida em que outras coisas tornam-se importantes: casar, ter sua casa, sua família.

Joana (S4):

Filha de pais médicos, tem 26 anos e uma irmã gêmea idêntica, também médica. Estudaram juntas até a quarta série primária; depois cada uma foi para um colégio diferente.

O pai é oftalmologista, especialidade escolhida pela irmã, e a mãe é pediatra.

Cursou medicina na UERJ e acha que sua escolha foi influenciada pelo fato dos pais serem médicos. Começou a fazer plantões em obstetrícia na faculdade, pelo interesse que a mãe tinha na especialidade, e que não quis seguir por ter se casado ainda na faculdade e ter tido as gêmeas: para poder se dedicar mais às filhas, acabou optando pela pediatria.

Da infância, lembra da época do colégio, dos amigos, de brincar de pique no *playground* do edifício, "*nada especial*", segundo ela. O cachorro, que ganhou aos sete

anos, era a grande paixão dela e da irmã e sua morte, quando já estava na faculdade, foi um dos momentos marcantes apontados por ela.

Passou a infância e a adolescência na Tijuca, onde freqüentava o Tijuca Tênis Clube. Os amigos eram os do prédio e da rua, sendo que dois estudavam no mesmo colégio. Um dos programas, na adolescência, era ir à discoteca e organizar reuniões nas casas, especialmente na dela.

Os avós maternos foram muito presentes na infância; passava muitas tardes lá, depois do colégio. Não chegou a conhecer a avó paterna, que morreu quando seu pai era jovem, e o avô paterno costumava jantar na sua casa toda semana, junto com a segunda mulher, e sempre lhe levava bombons. A morte desse avô também a marcou muito, por ser a primeira pessoa próxima a morrer.

Fazia parte da primeira turma de meninas a ingressar no Colégio Militar, onde se adaptou muito bem. Valoriza bastante a ênfase dada pela escola ao respeito e à responsabilidade.

Atualmente, mora no Recreio dos Bandeirantes, com os pais. A irmã está casada, mas continuam com o mesmo vínculo estreito de antes. Sentiu muito quando ela se casou, mas agora já se acostumou e continuam se vendo sempre.

Considera-se um pouco preguiçosa para leitura, mas alguns assuntos a interessam, como história e mitologia. Gosta de cinema, de assistir DVD em casa, apesar de ter péssima memória para lembrar os nomes dos filmes que assistiu. Com o cansaço do trabalho, durante a semana, no tempo que sobra prefere mesmo ver televisão e dormir.

A preocupação com o corpo é basicamente no sentido de cuidar da alimentação para não engordar. Não se sente estimulada para qualquer atividade física.

Namora desde o primeiro ano da faculdade um rapaz que foi seu colega de turma, e os dois pretendem se estabelecer na cidade de origem dele, Goiânia, por acharem que é mais fácil construir uma vida profissional numa cidade menor.

Passou para PG3 em Obstetrícia e tem intenção de se desenvolver em diagnóstico por imagem (ultra-sonografia).

A não ser pelo hipotireoidismo, que lhe exige certo controle, não adoece com freqüência. Em criança, detestava ficar doente porque a mãe superprotegia: *"tinha que dormir do lado dela, tinha que acordar a gente a noite inteira pra verificar a temperatura, tomar remédio"*.

Outro fato marcante na sua vida foi sua festa de 15 anos, pela beleza e pela presença dos amigos.

Beatriz (S5):

Nasceu em Petrópolis, tem 27 anos e veio morar no Rio de Janeiro, por ocasião do nascimento do irmão, hoje com 18 anos, após a mãe ter perdido dois bebês. A decisão da mudança ocorreu em função de problemas de saúde da família, devido ao clima de Petrópolis.

As lembranças da infância são muito ligadas à liberdade de brincar na rua, com os amigos, em contraposição à vida em condomínio na Barra da Tijuca que passou a ter quando vieram para o Rio de Janeiro.

Apesar do choque inicial, adaptou-se bem à cidade e pôde viver a adolescência com mais opções de lazer. Vivia duas características marcantes: o lado "*patricinha*", conforme comentado por ela; e o gosto, compartilhado com as primas, por música *Heavy Metal* e, conseqüentemente, por shows e pelo vestuário de acordo com esse estilo. Embora mais eclética atualmente, ainda escuta esse tipo de música, principalmente, para relaxar após um dia estressante.

Gosta muito de ler, em especial romances, mas em função da carga de trabalho e da falta de tempo, prefere livros que considera mais práticos, tipo documentário.

Formou-se pela UERJ. A escolha por medicina foi "*meramente biológica, (...) gostava de estudar o corpo humano*". O choque com o sofrimento do outro, na faculdade, foi muito grande e a fez buscar uma introspecção, para se conhecer e entender suas escolhas. A partir desse processo, deixou de ser extremamente retraída e passou a desenvolver relações melhores com as pessoas, inclusive com as pacientes.

Estava prestes a se casar, quando foi feita a entrevista, e ansiava bastante por ter sua casa e poder estabelecer suas rotinas a partir da sua vontade e do marido, que também é médico. Participa bastante da família dele, onde são mais irmãos, onde "*tudo é motivo para comemoração, [para] reunir a família*".

Quando entrou para a residência no IFF, tinha experiência quase nula, o que lhe causou alguns problemas e intolerâncias, que foram aos poucos sendo superados.

Prefere a Ginecologia à Obstetrícia, por envolver menos imprevistos e poder, com isso, preservar mais a sua vida pessoal. Gosta especialmente de ambulatório, de relacionar-se com as pacientes, mas também da parte cirúrgica e de imagem.

Está fazendo PG3 em Ginecologia, e gostaria, em termos de futuro, de manter um vínculo com o serviço público, por gostar de dar orientação para pessoas mais humildes,

talvez trabalhar numa clínica, com outros médicos, e, quem sabe, seguir uma carreira acadêmica. *"Isso vai depender muito da oportunidade."*

Gustavo (S6):

Tem 25 anos, é o segundo de três irmãos homens. Mora atualmente em Ramos, com a mãe e os irmãos.

Os pais se separaram quando ele tinha 12 anos e o contato com o pai foi diminuindo desde então. Com a separação, a família passou por uma série de dificuldades financeiras, que foram pouco a pouco sendo superadas com a ajuda de familiares e amigos.

Entre as lembranças da infância estão a de ser muito caseiro, de não gostar de soltar pipa. Do signo de Sagitário, acha que não tem o aspecto aventureiro. Considera-se mais tranqüilo e calmo, como o ascendente Aquário.

A mãe estimulava a leitura, comprando livros para os filhos, mas suas lembranças de leituras preferidas referem-se às histórias em quadrinhos, que lia com o irmão mais velho, que ele considera quase como gêmeo pela proximidade da idade.

Sempre gostou muito de televisão e hoje seus programas favoritos são as séries na Tv a cabo e os programas de esporte. Mas admite que assiste de tudo.

Gosta bastante de filmes de suspense, policial e ação, especialmente no cinema, onde lhe agrada o exercício detetivesco de seguir as pistas e imaginar os desenlaces do enredo.

Compartilha com o irmão mais velho, que hoje é jornalista esportivo, o gosto pelos esportes, que acompanha pelos jornais e pela televisão.

Não foi uma criança com muitos problemas de saúde. A única coisa que persiste até hoje é epistaxe, que não considera nada de sério, mas o incomoda um pouco.

A escolha pela medicina foi sendo feita a partir de uma seleção entre o que gostava. Tinha um primo e uma tia médicos, sendo ela obstetra, e a escolha da especialidade veio a partir da prática, de fazer um internato eletivo em G.O.

Cursou medicina em Teresópolis, com algumas dificuldades, mas sempre contou com o auxílio de amigos e parentes.

No quinto ano da faculdade, nasceu o seu filho, atualmente com três anos, que mora com a mãe e passa com ele os fins de semana.

Apesar de não ter hoje nenhum cuidado especial com o corpo, considera-se bastante vaidoso, principalmente, com relação à roupa e aos cabelos.

Vai começar PG3 em vídeo (laparoscopia e histeroscopia) e aqui também a imagem é o que lhe chama a atenção; de poder ver de fora e operar ou realizar procedimentos menos invasivos e com mais certeza.

Profissionalmente, gostaria de ingressar em uma equipe de vídeo, que permitisse ir aprendendo e construindo uma carreira, começar o consultório e estar ligado a algum hospital.

José (S7):

Tem 26 anos, é o segundo de quatro filhos homens. Seu pai trabalhava com vendas numa multinacional e sua mãe sempre foi dona-de-casa.

Criado em Vila Isabel, onde mora até hoje, traz a lembrança do tempo dividido entre o apartamento no Rio, o clube e os amigos que moravam perto – *"relativamente é um lugar pequeno, (...) são duas ruas principais (...) então mais ou menos todo mundo se conhecia (...)"* – e a casa em São Pedro da Aldeia, na Região dos Lagos, onde passava os finais de semana, e o grupo de amigos de lá, sendo alguns comuns aos dois lugares.

Brincava na rua, soltando pipa, subindo em árvore, *"as coisas normais"*. Gostava também de jogar botão com o irmão mais velho ou o avô materno. Sempre gostou de esportes; começou a nadar, a princípio por um problema de rinite alérgica e aos poucos foi se desenvolvendo até fazer parte da equipe de natação do Maracanã: *"(...)eu competia; até que era bom(...)"*.

Considera-se mais caseiro, *"nunca fui muito rueiro"*; começou a namorar cedo, o que o levou a fazer mais "programas de namorado", como sair para jantar e freqüentar a casa dos pais das namoradas.

Da família paterna tem poucas lembranças, pois o avô e o tio não chegou a conhecer e a avó morreu quando ele era pequeno. Os avós maternos, em determinado momento, passaram a morar no mesmo prédio. Do tio materno e sua mulher, ambos obstetras, veio o gosto pela medicina e pela obstetrícia: o cheiro de éter que ficava impregnado, o *bip* tocando, as saídas imprevistas para fazer partos.

Na escola era tido como um pouco bagunceiro, sendo repreendido algumas vezes por sair dos padrões disciplinares, situação que acabava sendo compensada pelas boas

notas. Vê essa época como "*bons tempos*", onde a preocupação maior era estudar para as provas.

Confessa-se emotivo, apesar de ser visto, muitas vezes, como "*um cara seco, insensível*". Percebe que essa emotividade se manifesta mais com relação à família, à qual é bastante apegado.

Cursou medicina na Universidade Gama Filho e se vê mais ligado à prática clínica do que à atividade acadêmica.

Acaba de se casar e sua mulher também é médica. Estão em fase de adaptação à vida a dois, onde existe a necessidade de conciliar a carga de trabalho e os horários de ambos. Por isso, os momentos de lazer têm sido restritos. Gosta de trabalhar na casa, como por exemplo, pendurar coisas e fazer consertos. A chegada do segundo sobrinho, filho de seu irmão mais velho, faz pensar em quando terão o primeiro filho.

Em termos de futuro, está começando a PG3 em Obstetrícia. Pretende continuar com plantões e o trabalho em hospital, para depois pensar em consultório particular. A perspectiva de ser chamado pelo Exército no próximo ano não parece de todo ruim, inclusive pela possibilidade de prestar concurso para o quadro permanente como especialista.

Como momentos marcantes na vida, aponta o sair de casa com o casamento, a morte do avô materno, por ver a mãe muito deprimida, e a da avó paterna, por ter sido ele a encontrá-la em casa já sem vida e ter que dar a notícia ao pai.

2.4 – Os depoimentos

...não quero a boa razão das coisas.
Quero o feitiço das palavras.

Manoel de Barros (1998: 61)

Realizada a análise, os aspectos que foram trazidos à luz com relação aos significados culturais sobre o ser mulher e seu processo de saúde-doença, a relação dos residentes com a prática da medicina e os caminhos percorridos na escolha da especialidade dizem respeito a quatro pontos principais que serão desenvolvidos com base nos depoimentos.

Não se pretende esgotar esses pontos, nem tampouco, todo o material colhido nas entrevistas. Não podem ser considerados em separado, de forma estanque, porque estão absolutamente entrelaçados. Essa divisão se deve a uma opção de organização do extenso material. Sob outro olhar, certamente outros caminhos teriam se apresentado como possíveis. São eles:

- a) percepções sobre o PAISM;
- b) o médico e suas relações: com o mundo, com o outro, com a morte, com o conhecimento, com o tempo, com a hierarquia e o poder;
- c) perfil do médico G.O. e escolha da especialidade;
- d) mulher, medicina e tecnologia.

a) Percepções sobre o PAISM

Um dos desdobramentos importantes dos temas de interesse, que surgiu no roteiro temático trazido pela pesquisadora, foi o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, por traduzir o cenário onde se assenta o atendimento à mulher. O foco da discussão era a relação dos residentes com o programa, o grau de entendimento do seu conteúdo, sua articulação com a prática rotineira da especialidade e no contato com as pacientes, sempre se buscando elementos, explícitos e implícitos, que pudessem refletir essa relação.

O PAISM foi elaborado em 1983, pelo Ministério da Saúde, e vem romper com o modelo Materno-Infantil vigente até então, onde a mulher era vista, de forma reducionista, no seu papel reprodutivo. Nesse modelo, eram enfocados os períodos de gravidez, parto e puerpério, sempre priorizando a saúde da criança que estava para nascer.

O objetivo do novo programa é ampliar esse olhar sobre a mulher, no sentido de oferecer ações que abranjam outros momentos da sua vida, mas sobretudo propõe novas formas de relação entre os profissionais de saúde e as usuárias, calcadas num enfoque que considere a mulher como cidadã, cujo corpo possui uma história intimamente relacionada à sua história de vida (Ávila, 1993).

O conteúdo do programa resultou de uma parceria do Ministério da Saúde com o movimento de mulheres, parceria essa que se manifesta na participação de feministas na elaboração das diretrizes e do material de normas e técnicas, de divulgação e educativo, além de sua atuação na gestão do programa em várias instâncias (Costa, 1992).

O conceito fundamental na filosofia do programa, de inspiração feminista, é a noção de autonomia e integralidade da mulher, que aponta como questão importante o conhecimento e a apropriação do próprio corpo, que tenta romper com as leis heterônomas de controle do corpo feminino (Ávila, *op.cit.*).

O PAISM se insere no SUS - Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, cuja configuração é a de uma rede *"hierarquizada e descentralizada, com sistemas formais de referência e contra-referência e garantias quanto aos recursos de infra-estruturas e de apoio laboratorial e terapêutico"* (Costa, *op.cit.*:7), e cujas diretrizes básicas são: *"descentralização, com uma direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade"*. (Congresso Nacional, 1988). Surge para se constituir no modelo assistencial capaz de atender às necessidades das mulheres, sendo a maternidade um dos processos a que elas estão sujeitas. Nele se incluem práticas educativas que, aliadas à assistência, possibilitariam à mulher um melhor conhecimento do seu corpo.

Suas ações priorizam a ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, com fortalecimento do sistema de referência e contra-referência entre serviços de complexidades diferentes. Para tanto, cabe ao setor saúde, através de suas instituições, reforçar os processos de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (M.S., 1984).

No documento do Ministério da Saúde que estabelece as bases de ação programática, o conceito de assistência integral *"envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde"* (M.S., 1984:15).

Entretanto, a noção de assistência integral, oriunda do movimento feminista teve que ser delimitada, resultado das repercussões institucionais do próprio programa, e as ações priorizadas foram as voltadas para o útero gravídico ou não, as mamas e o planejamento familiar. O adoecer feminino ligado a questões menos biológicas e mais culturais, como é o caso de gênero, não teve um tratamento adequado.

O que se pôde depreender dos depoimentos, num primeiro momento, é que a formação profissional do médico se encontra desconectada do debate sobre as políticas públicas de saúde: os residentes têm pouco contato com o PAISM, que é visto como um programa voltado para os serviços básicos de saúde, o que significa que sua implantação se dá nos postos de saúde, não se aplicando, portanto, ao IFF, um hospital terciário. Reconhecem o processo de referência e contra-referência, isto é, o fato das mulheres chegarem encaminhadas de outros serviços e a possibilidade de serem re-encaminhadas, mas existe uma fragmentação que impede a percepção de que os mesmos conceitos e diretrizes perpassam o SUS em todos os níveis de complexidade, o mesmo acontecendo com o PAISM.

Ao se buscar possíveis indícios dessa visão do programa no documento do ministério, encontra-se sinais de ambigüidade que poderiam estar reforçando essa fragmentação. O texto especifica que *"as proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde"* (M.S., 1984:14), mas também afirma que a nova óptica de trabalho, a da assistência integral, deverá *"contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo"* (M.S., *op.cit.*:14).

Os entrevistados, ao serem indagados sobre o conhecimento que tinham do programa, comentaram:

"É um programa que dá bases médicas para uma série de coisas. E a gente acaba aprendendo por aí também, por essas diretrizes. Mas, eu

não conheço o programa em si, as bases, os fundamentos do programa.

[É] como se tivesse feito parte da nossa formação, mas não é uma coisa que a gente tem acesso direto.” (Mariana)

"Não. A gente sabe a rotina basicamente. É simples, mas não [há] contato aqui. A gente não tem contato com o programa mesmo, porque isso é mais em posto de saúde. A rotina, tudo, foi ensinada para a gente, com certeza. Não, aqui não porque já é hospital mais especializado. É mais no posto, não é? Essa parte é mais para o posto de saúde mesmo". (Joana)

"Muito pouco. Isso aí só no tempo de faculdade. Você formado, uma vez ou outra, se discute, [sobre] equipe multidisciplinar, mas em termos práticos, muito pouco. Qualquer hospital que fale que tenha... Eu acho meio difícil, não tem infra-estrutura." (José)

A única ação que é reconhecidamente aplicada é o Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, que pertence a uma esfera diferente, articulado ao plano de prestação de ações integradas de saúde, que enfatiza atividades-chave identificadas por critérios epidemiológicos de impacto e transcendência (M.S., 1984), e que envolve uma série de procedimentos relacionados ao câncer do cólo uterino e ao câncer de mama, conceituados pelos entrevistados como exclusivamente técnicos:

"A gente tem umas coisas assim. O que eu sei são coisas mais localizadas. Por exemplo, quando eu estudei patologia cervical, a gente pegou as coisas do Programa de Saúde da Mulher, do Viva Mulher, mas eu não tenho uma noção global de como é isso, como é o programa. Eu não sei não."(Eliane).

"O programa que a gente lê e tem as rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde [é o] Programa Viva Mulher; a gente estuda aquilo ali e aplica aqui. Às vezes tem uma coisa ou outra diferente do que o chefe aqui faz, mas é basicamente científico mesmo". (Beatriz)

Num segundo momento, o PAISM aparece identificado com uma de suas facetas, a da abrangência do atendimento à mulher nas suas várias etapas (cronológicas) de vida, que aparece nos depoimentos dos residentes justificada pela presença no hospital dos diversos ambulatórios, que atendem desde adolescentes até mulheres no climatério. Entretanto, a diversidade de temas abordados nessas fases restringe-se aos aspectos ligados de alguma maneira à reprodução.

A questão da informação à paciente durante o atendimento aparece nos depoimentos, como uma das atribuições do médico, não constituindo, entretanto, ações educativas específicas.

Informar e educar: os dois verbos estão presentes no documento do ministério:

"o conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde" (M.S., 1984:16);

"em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional" (M.S., 1984:18).

Contudo, apesar de serem usados aparentemente como sinônimos, parece haver uma diferença entre os dois: ao informar, entende-se a paciente como um receptáculo de esclarecimentos sobre si mesma e seu corpo; ao educar, busca-se estimular o movimento da paciente de se tornar agente do seu processo, ao desenvolver percepções sobre si mesma, numa relação de troca com os profissionais de saúde. O resultado esperado do educar significaria um deslocamento do lugar de poder dentro da prática médica, palco propício às discriminações de gênero, em função de mudanças lentas e graduais de comportamento não só dos profissionais de saúde, mas principalmente das mulheres que procuram os serviços, possibilitando uma reconstrução da identidade dessas mulheres (Ávila, 1993).

Implicitamente, esses dois verbos evocam os conceitos de prevenção e promoção, onde no primeiro o foco é a doença, abarcando ações voltadas para formas de evitá-la, no qual os sinais e movimentos do corpo só são decifrados pelo profissional médico; e no segundo, o foco é a saúde, envolvendo a instrumentalização da paciente para um conhecimento autônomo do próprio corpo e de seus processos, além de uma participação ativa na sociedade.

A discussão sobre as práticas educativas propostas pelo PAISM com profissionais no distrito sanitário Centro-Sul (Aguiar, 1992), mostra que não existe um consenso de

sua definição. Ora são vistas como consistindo em trabalhos em grupo, envolvendo mudança de comportamento e uma 'não imposição' de conteúdos, que provocam maior adesão ao tratamento e maior eficácia do mesmo; ora como "palestra", segundo a qual o profissional que detém os conhecimentos os transmite às pacientes, e, finalmente, como uma alternativa de racionalização do trabalho, ao serem atendidas várias mulheres ao mesmo tempo.

Para os residentes, é o caráter informativo que prevalece, marcado pelas dificuldades de entendimento devido, em muitos casos, às diferenças de linguagem entre os médicos e as pacientes, evidenciadas pelas explicações, consideradas inadequadas, que algumas pacientes trazem acerca do seu quadro clínico.

Bakhtin (1995) enfoca a linguagem, seja ela falada ou escrita, como sendo sempre um diálogo, que é composto por três elementos: a pessoa que fala, a pessoa que ouve/responde e a relação entre os dois. Assim, a linguagem é sempre o produto das interações entre duas pessoas, pelo menos.

Para o autor, o discurso constitui uma fronteira entre o que é seu e o que é do outro. Cada indivíduo é um híbrido formado pela assimilação dos vários discursos que o circundam (família, trabalho, amigos...) e que vão estar sempre se confrontando, o que torna a linguagem uma arena de conflitos intimamente ligada ao poder. A esse fenômeno, Bakhtin dá o nome de heteroglossia, por se referir a uma multiplicidade de linguagens que operam na cultura.

Na heteroglossia, os diversos elementos estão tensionados, numa constante ameaça de destituição daquele elemento que é dominante no momento, o que aponta para a necessidade de negociação para manter a convivência com a multiplicidade. Mas muitas vezes, essa negociação é falha e, por ameaçar o poder, pode existir a tendência a transformar a heteroglossia em monólogo.

O monólogo é visto por Bakhtin como operando como uma força centrípeta, que visa transformar as linguagens múltiplas em uma linguagem única; enquanto a heteroglossia, trabalharia como uma força centrífuga, que se expande em várias direções, proporcionando diferentes formas de fala e possibilidades de entendimento. Ambas, forças centrípeta e centrífuga da linguagem, vão estar atuantes em qualquer forma de entendimento.

Percebe-se nos depoimentos essa dualidade de forças, menos sob a forma de circulação de poder presente na heteroglossia, e mais como o movimento no sentido de transformar a multiplicidade de vozes (das mulheres, com todas as suas variáveis

conflitantes: sociais, temporais, geográficas, profissionais; e das informações que trazem de um contexto externo ao meio médico) em monólogo: o discurso médico pode ser visto como esse sistema de normas, a linguagem que deve ser falada por todos, sem possibilidades de negociação.

"Então a maioria entende bem. Mas tudo também depende do nível cultural da paciente, isso é lógico. Tem paciente que você não pode falar nenhum termo técnico, tem que ser aquela linguagem basal e mesmo às vezes entendendo, elas chegam no dia, para internar: 'Você vai fazer a cirurgia essa, essa e essa'. 'Mas que cirurgia é essa? Ah, mas eu não sabia'". (José)

"É difícil, porque a maneira do paciente entender não é a mesma que a gente tem, porque a gente tem um embasamento para ler certas coisas e eles não, e às vezes eles podem ler aquilo e pode até ser a coisa mais correta do mundo, mas eles têm um entendimento completamente distorcido." (Beatriz)

Pode-se perceber vestígios de que esse caráter informativo serve também de proteção ao médico, principalmente, em situações em que o risco de julgamento dos comportamentos das pacientes é grande. O médico percebe a inadequação do julgamento, mas também reconhece a dificuldade em não fazê-lo quando se trata de valores com os quais ele não concorda.

Em artigo sobre direitos sexuais e reprodutivos, Ávila (2003) frisa a importância de tratar a sexualidade e a reprodução como duas instâncias independentes, relacionadas entre si e com as demais esferas da vida em sociedade, e que possam abordadas, não a partir de um modelo prescritivo de normas a serem seguidas, mas baseadas em relações mais igualitárias, onde homens e mulheres possam estar envolvidos nessas questões.

Considera que ainda hoje a prática sexual é vista como um elemento decisivo na constituição da identidade social das pessoas e afirma a necessidade de se romper com essa concepção. A pessoa, especialmente a mulher, acaba sendo vista pela forma como se expressa sexualmente, visão essa impregnada por conotações de julgamento:

"Pelo menos, eu tento ser o mais imparcial possível, se chegar e falar: 'eu vim aqui porque eu quero ter relação com três', eu vou falar: 'ah, não, você não deve ter, porque...'. [Tenho que] falar os riscos e os benefícios, o que ela pode fazer, o que ela não pode fazer." (Gustavo)

As situações relacionadas com a sexualidade acabam mobilizando o médico de alguma maneira, não apenas por envolver julgamento, mas também por não se sentir

preparado para atuar e resolvê-las. O caráter resolutivo está presente em todos os depoimentos, como sendo parte das atribuições médicas e como característica que compõe o perfil do médico ginecologista/obstetra.

A sexualidade é vista como algo muito íntimo e que só deve ser abordado quando trazido pela paciente, ou pelo médico, sob a forma de perguntas específicas que sejam relevantes por uma questão de risco, ou para a elaboração do diagnóstico e o estabelecimento da conduta terapêutica.

"Quando não comentam em geral está tudo bem, não é uma coisa que precise de muita investigação, mas eu só abordo se for uma coisa que ela trouxer, porque eu acho que é uma coisa super íntima, não tem que ficar investigando a mulher." (Mariana)

"Eu falo sem problema, eu não acho difícil. É que é complicado. Tem paciente que não tem a menor vergonha de falar, mas tem paciente que não consegue. Assim eu não pressiono. Eu sou da posição [que deve] ver quando a paciente sente uma confiança para falar. Mas em termos de explicar, eu me sinto à vontade, [por] que esse é nosso papel, ainda mais nessa área. A gente tem que ser informativo." (Joana)

Londono (1984 *apud* Aguiar, 1992) argumenta que as questões relativas à sexualidade são muitas vezes tratadas por médicos e pacientes como patológicas. O desconhecimento do próprio corpo, atrelado a significados de caráter doentio, sujo ou errado, herança da visão social e médica do século XIX, contribuem para que esse tema permaneça envolto em vergonha, desconforto, tabu, estabelecendo um hiato na comunicação do médico com a paciente.

"O homem é muito mais liberal do que a mulher. Ela é muito fechada no seu corpo. Tem mulher que não se conhece. Ela acha que é errado, ela foi criada assim. Tudo depende dos valores que são dados". (Gustavo)

Nesse momento, o médico parece esbarrar no seu limite, deixando a situação em aberto, ou seja, não constituindo uma *gestalt*; algo deve ser feito e não se sabe o quê. Confunde-se, então, a demarcação de fronteiras entre os saberes, com a noção de que cada um é capaz de atuar no seu campo de conhecimento, e uma sensação de impotência, que resulta no encaminhamento a outro profissional como alternativa para a eliminação do problema.

"[Quando sai da informação], para esse tipo de coisa, já é outro especialista, porque a gente não dá conta de lidar com isso, trabalhar isso na cabeça das pessoas". (Joana)

O ato de informar parece significar liberdade de escolha por parte da paciente, mas na realidade ela é vista, com frequência, como pouco preparada para decidir sobre si mesma, cabendo ao médico, numa postura condescendente, esclarecê-la sobre o que é melhor para ela. Essa incapacidade está associada especialmente ao nível sócio-cultural e econômico da paciente, o que expressa um desnivelamento de poder ligado ao gênero por ser mulher, mas também ligado aos aspectos de classe, onde a dominação é exercida pela classe mais abastada, ainda que no sentido intelectual.

"A paciente não tem noção. Elas escutam tanta besteira que chegam aqui desesperadas, com bastante informação errada, e você tem que falar, tem que explicar; tem que falar para ela o que ela tem, o que pode acontecer." (Gustavo)

"Tenho que dar mais informações a essas pacientes, porque elas são desinformadas." (Joana)

"[A informação] tem um lado bom, mas eu acho que às vezes complica até mais, porque a pessoa é leiga, não está entendendo nada, às vezes, vem com um monte de grilos na cabeça, sem saber do que se trata, achando que é a pior coisa do mundo e não é. Então eu acho que é complicado, essas informações que são veiculadas por aí." (Manoela)

No século XIX, a influência do meio é importante em termos médicos. O corpo da mulher, visto antes de tudo como um corpo voltado para a reprodução, possui um equilíbrio bastante instável, devido aos seus processos cíclicos de menstruação e gravidez que ocorrem por determinação da natureza. É visto como sujeito a essas influências externas, por se tratar de um corpo mais frágil e vulnerável devendo, portanto, ser monitorado para assegurar um adequado desenvolvimento da sociedade e evitar uma ameaça à ordem vigente (Costa, 1999).

A educação intelectual era vista como uma dessas influências externas, necessitando ser moderada para as mulheres, no sentido de não exaurir as energias destinadas à procriação (Rohden, 2003).

As mulheres atendidas pelos residentes são depositárias de resquícios dessa incapacidade de se autogerirem, presente no século XIX, sendo necessário o seu

monitoramento pelos médicos para não causar uma desordem social. Esse aspecto aparece com o tema da legalização do aborto:

"Às vezes [eu penso que] se liberar vira bagunça; tudo no Brasil [que é] liberado vira bagunça. Fico meio reticente. Eu não condeno totalmente o aborto. O problema é que se liberar o aborto no Brasil, ninguém vai usar mais preservativo, ninguém vai usar mais método anticoncepcional, vai ser uma coisa de louco." (Gustavo)

A paciente, ao perceber seu incômodo físico, tenta decifrá-lo primeiro sozinha, depois consultando um médico, para que a ajude a entender e nomear o que lhe acontece. Paciente e médico possuem bagagens diferentes que se encontram no momento da consulta. Além do propósito de definição da doença que traz a mulher, existe um "sentir-se doente" por parte da paciente que nem sempre corresponde ao que é esperado dela.¹¹ Muitas vezes, o que ela diz se parece à frase da música Relicário, de Nando Reis *"O que você está dizendo? Milhões de frases sem nenhuma cor"*; dito de outra forma, muitas informações são trazidas por ela acerca de sua vida, quase como um desabafo, mas não contêm material considerado relevante que possa ser ordenado e decodificado em narrativa médica. Logo, deve-se mostrar a ela o que é importante e o que deve ser dito:

"[Nosso papel é] reorganizar o pensamento dela". (Beatriz)

O PAISM, e num âmbito mais amplo, o SUS, aponta para a necessidade do trabalho de equipes multidisciplinares, afinadas com a sua filosofia, com seus princípios norteadores, transformando o desenvolvimento de recursos humanos no desafio de uma nova postura, no sentido de superar o modelo de relações hierarquizadas.

Conceitos como assistência integral, humanização do atendimento, multidisciplinaridade circulam nas diversas instâncias de todas as categorias profissionais.

Se por um lado, a definição de integralidade, na formulação do SUS e do PAISM, representa uma tentativa de proporcionar um atendimento de melhor qualidade

¹¹ Isso marcaria a diferença entre *disease*: "doença processo – processo patológico no sentido biomédico"; *illness*: – "doença experiência – experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente" (Rebello, 1997:28); e *sickness*: "a repercussão e representação em termos sócio-culturais" (Castiel, 1996:18).

à população, além de congregar as diversas instâncias que compõem o sistema público de saúde, por outro lado, é sentida pelos residentes, de forma opressiva, como uma cobrança em "ter que dar conta de tudo", um movimento no sentido de reforço da onipotência xamanística (Castoldi, 1996), que gera nos entrevistados, profissionais ainda em fase de estabelecimento de uma identidade profissional, uma grande angústia, por se perceberem incapazes de corresponder a essa cobrança, comumente resvalando para o lado oposto do mesmo eixo: o da total impotência.

"Não tem como a gente estar atendendo a essa expectativa também".
(Mariana)

"Você fica meio tentando resolver tudo, tentando ser tudo, sabe? Fazer tudo o que você pode, mas ao mesmo tempo você não consegue ter um retorno, porque você na verdade não pode fazer tudo." (Mariana)

Essa questão se entrelaça ao discurso da Organização Mundial de Saúde - O.M.S., que estabelece o médico como promotor de bem estar biopsicossocial do paciente, de forma incoerente com a própria racionalidade da medicina ocidental contemporânea, onde o saber médico é fundamentado no conhecimento sobre as doenças, visando combatê-las, e no ser humano compartimentalizado, morfológica e funcionalmente, em sistemas que são interligados (Castoldi, *op.cit.*).

O estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, segundo os residentes, torna-se muito difícil, pois não há como conciliar qualidade com quantidade. O volume diário de atendimentos impõe um contato bastante distanciado daquele considerado "ideal".

O que se pôde perceber nos depoimentos foi o caráter utópico, muitas vezes beirando a caricatura, e de pouca aplicabilidade, dessas definições:

"Na obstetrícia, essa questão da humanização do parto, muito se fala, mas é muito difícil de fazer. Ninguém define o que é humanização do parto. O pessoal acha que a humanização do parto é ficar um acompanhante do lado, ficar fazendo carinho. Não tem nada a ver. Tem que ter boas condições de trabalho, material, suporte básico para dar uma boa assistência e não ficar do lado, alguém fazendo carinho, ficar ajudando, consolando. Eu não vejo isso aqui. Trabalho em três, quatro maternidades, não vejo. Essa questão da humanização do parto é muita falácia e pouca prática." (José)

A definição de humanização, vista como uma política transversal que perpassa as diferentes ações e instâncias do SUS, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, implica em valorizar os indivíduos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, buscando resgatar a sua autonomia; deslocar o foco nos modelos de atenção e de gestão para as necessidades dos indivíduos e a produção de saúde, e promover melhorias nas condições de trabalho e de atendimento. Pressupõe troca de saberes entre profissionais e usuários (incluindo sua rede social), diálogo e trabalho em equipe, entendida como um grupo fortalecido, capaz de construir coletivamente. São enfatizadas as dimensões subjetiva e social, levando em consideração os direitos dos pacientes como cidadãos e respeitando os aspectos relacionados a gênero, etnia, raça e orientação sexual (M.S., 2004). Na prática, porém, assume para os residentes uma conotação de pieguice que não se traduz em mudança.

Talvez, na questão da assistência, essa propalada humanização poderia ser substituída pela "antropoclínica", proposta por Castiel (1994) que abarca outros aspectos, além dos biomédicos, permitindo uma reorientação que focalizasse mais a **relação** do que o **objeto**, e que buscasse mais uma **compreensão** do que uma **explicação** do caso. *"Assim, além do propósito de definir se o indivíduo tem uma doença, uma vez diagnosticada, também seriam avaliados seus respectivos sentir-se doente e ser considerado doente"* (p. 197).

Para os residentes essa “antropoclínica” está centrada em uma de suas dimensões, aquela que enfatiza o técnico e o científico como epicentro da competência, o tornar-se um especialista, com condições adequadas de trabalho. Ao delimitar a sua área de atuação através da escolha de uma subespecialidade, restringe-se a área de conhecimento a ser atualizado, gerando maior segurança para o profissional e para a paciente. É o saber, mediado pela tecnologia, que angaria a confiança da paciente, porta de entrada para a relação.

Para alguns, no desenrolar do encontro, pode significar também conversar, tentar descobrir o que há de "errado" na vida da paciente que possa estar causando aquele desconforto. Tentar criar um ambiente propício para que a paciente possa se "abrir" e falar de si. O resultado dessa conversa é catártico: produz alívio, tanto na paciente quanto no médico, pois algo aconteceu; mas nem sempre é assim, e o que fica é a sensação de frustração.

"Eu vou tentando ver se eu converso com ela alguma coisa. E é chato, porque às vezes, umas saem mais aliviadas, depois de um bate-papo; e outras, eu percebo que não adianta muita coisa. Não pude fazer nada com ela. É, é chato, quando eu não consigo; quando eu sinto que não resolveu muito." (Beatriz)

Entretanto, voltando ao conceito de “humanização” embutido no HumanizaSUS, como discuti-lo e questioná-lo, se o próprio residente se sente pouco valorizado em sua profissão, com baixos salários, sobrecarga de trabalho, rotinas extenuantes, cobranças, medo de processos?

A falta de uma atuação em equipe, mas principalmente, do entendimento da multidisciplinaridade como uma possibilidade de articulação dos diversos saberes, repercute diretamente na assistência à paciente. Formalmente, as relações entre os serviços são quase inexistentes; inclusive na Obstetrícia, onde a paciente é aglutinadora das atuações dos diversos profissionais, nota-se uma falta de comunicação entre eles:

"Aqui é muito setorizado. [Na] Obstetrícia funciona tudo acoplado, tudo articulado; aqui [na Ginecologia] não: é muito cada um no seu." (Beatriz)

"Não é muito comum. O que a gente tem aqui é uma orientação antes da cirurgia. Eu nem sei exatamente como é, mas eu acho que é orientação: como vai ser a cirurgia, o que tem que trazer, horário de visita. [Quem faz isso] é uma enfermeira. A nutrição, no pré-natal, a gente usa muito. Encaminha bastante; na gineco, [são encaminhadas] mais as pacientes da endócrino." (Eliane)

"A gente tem mais contato com a enfermagem mesmo. De resto a gente não tem muito contato. Com a assistente social, [o contato é] mais na enfermaria, mais na parte da Obstetrícia. Eu acho que a Obstetrícia é que tem mais contato." (Manoela)

É o prontuário que aparece como o canal de comunicação possível entre os diversos profissionais, que mantém uma continuidade, apesar das mudanças de equipe:

"Quando a gente está rodando na enfermaria, às vezes tem muito problema, paciente muito tensa, muito nervosa; as pacientes daqui geralmente têm histórias obstétricas desfavoráveis, então, eu me lembro de ter mais essa interação, da gente chamar a psicologia. E todo mundo escreve no mesmo prontuário e vai fazendo aquele acompanhamento, mais ou menos conjunto. Depende um pouco do interesse pessoal. Não surge essa iniciativa, nem dos médicos, nem dos outros profissionais." (Eliane)

"Em geral, é mais isoladamente. Às vezes a gente vê mais com o prontuário, o relato, o que depois a pessoa escreveu; é difícil a gente trocar idéia mesmo." (Manoela)

O prontuário caracteriza-se como uma narrativa essencialmente médica, construída em intervalos regulares de tempo, e elaborada de acordo com conceitos bioquímicos e fisiológicos, num raciocínio que leva dos sintomas e sinais ao diagnóstico, e por fim, ao tratamento. Refere-se à doença manifesta no ser humano e não ao ser humano que está doente, sendo dirigido aos profissionais que têm contato com determinado paciente, e não à própria paciente, apesar da história pertencer a ela (Hunter, 1991).

É uma narrativa que se supõe objetiva, científica, livre de vieses, por conter dados que falam das condições da paciente e da evolução da doença, obtidos em exames físicos e comprovados em exames complementares, além de informações que incluem os medicamentos prescritos (e sua interrupção), gráficos de sinais vitais, e os dados de identidade da paciente que vão aos poucos construindo a sua história médica, parte integrante de sua história de vida. A evolução da paciente também é anotada e assinada por outros profissionais não médicos que a atenderam, de acordo com o seu olhar específico, mas que se reveste de um caráter mais informativo para o médico e menos decisivo na construção do diagnóstico ou na evolução da terapêutica.

O médico é o principal ator que preenche o prontuário, tanto no caso da paciente ambulatorial quanto no da paciente internada. Na segunda situação, a enfermagem também tem uma participação importante nesse relato diário dos aspectos vitais, pois é ela que lida mais direta e continuamente com a paciente, anotando as suas reações ao tratamento, presença ou não de dor ou desconforto; mas a evolução da doença, as prescrições ou interrupções cabem sempre ao médico. Outros profissionais envolvidos, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos também preenchem suas observações, como se fossem várias vozes, que reproduziriam o caso inúmeras vezes e traduziriam aspectos diferentes da mesma paciente, permitindo lançar luz sobre a situação, a partir de novos pontos de vista (Hunter, 1991).

Entretanto, a autora observa que as pessoas que acessam os prontuários tendem a ler o relato da admissão, que deu início ao processo e os comentários mais recentes, e a manter certa hierarquia, não sendo incomum que os profissionais privilegiem a leitura apenas dos relatos de seus colegas de profissão.

A narrativa presente no prontuário é uma combinação entre brevidade e repetição, no sentido de que as condições da paciente são repassadas por todos os profissionais que a atendem, onde o foco é o fenômeno físico. Apresenta-se pouco inteligível para quem não está familiarizado com ela: muitas vezes, as condições significativas da paciente são expressas não por frases, mas por códigos e siglas, que transmitem informações objetivas e precisas. Dela foram extraídos todos os aspectos subjetivos, como motivação, condição psicológica e significados dos eventos para a paciente, enfim, todos os detalhes que caracterizam o individual, a história de vida e que não fazem parte do cuidado a ela dispensado (Hunter, 1991). É a objetividade que permite que o que é narrado no prontuário seja entendido como uma reprodução fiel e imparcial do "real" sobre a paciente.

A possibilidade de atuação em equipe é sentida como uma forma de dividir responsabilidades, de "traduzir" aspectos técnicos e de diluir possíveis conflitos entre médico e paciente:

"Seria muito bom se a gente tivesse em cada plantão, cada equipe, um médico, um enfermeiro, um auxiliar, um psicólogo e uma assistente social, mas isso a gente sabe que não existe. Às vezes você sente que fala [e a paciente não entende]. Nesses casos era melhor ter uma equipe multidisciplinar por trás. Senão fica só o médico e a paciente e é até um desgaste ." (José)

A malha informal, implícita, de conexões entre os profissionais das diversas categorias encontra-se desconsiderada, embora possam ser verificadas suas repercussões, como é o caso da marcação das agendas dos médicos, da qual participam outros profissionais, além daqueles:

"A gente tem aquela agenda do ambulatório. Quando a gente pede para fechar, fala que está sobrecarregado, não quer. Aí cai na direção, então tem que atender, porque vai para a estatística do hospital. Tem que mostrar autoridade, mostrar quem é que tem poder." (José)

b) O médico e suas relações

Na teia de significados que permeiam as práticas da ciência, as conexões estabelecidas entre os elementos de um processo permitem que eles se constituam mutuamente o tempo todo: não é possível conciliar essa percepção com a imagem do

cientista de fora, que se aproxima do seu objeto para estudá-lo livre de valores culturais, de "verdades" sobre ele, propondo-se conhecê-lo em sua "realidade".

As relações com o mundo estão sempre sendo interpretadas, e isso inclui o olhar científico. Para Haraway (1997), a perspectiva do olhar é sempre parcial, localizada e comprometida com a posição que se ocupa no mundo. Mais do que relativa, ela é responsável e se refere a esse lugar específico.

As relações que o médico estabelece com o mundo e que estão presentes nos depoimentos dizem respeito, não apenas às estabelecidas com as pacientes e seu sofrimento e com os demais profissionais, médicos e não médicos, mas também às relações com a hierarquia e o poder, com o conhecimento, com o tempo, com a morte. Elas estão marcadas pela presença do médico, não como figura neutra, mas compromissada com o seu lugar dentro de um contexto, onde vai estar incluído o processo histórico da constituição da medicina, e também o processo mítico, cujo conteúdo continua a fazer parte do repertório psicológico e simbólico dos profissionais que escolheram essa formação, e da sociedade como um todo.

Assim, ao se trazer a perspectiva mítica dos primórdios da medicina entrelaçada à histórica, busca-se examinar o processo de constituição da medicina ocidental contemporânea com "*olhos míticos*" (Hillman, 1984:171), de forma a reencontrar as raízes clássicas da cultura ocidental, e a perceber os vestígios dessas raízes no pensamento médico moderno e nas relações do médico com o tudo que o cerca.

Conta o mito grego que Asclépio (ou Esculápio para os latinos) era filho do deus Apolo e da mortal Corônis. Esta, com medo de ser abandonada na velhice pelo deus eternamente jovem, uniu-se a Ísquis, que foi morto por Apolo. Corônis foi morta a flechadas pela deusa Ártemis, irmã de Apolo, mas o filho foi retirado da mãe e recebeu o nome de Asclépio.

Foi educado pelo centauro Quirão, grande médico cirurgião, cujo nome significa "*que trabalha ou age com as mãos*" (Brandão, 1996:90), e que era capaz de melhor entender seus pacientes, pelo fato de ser um médico ferido. Quirão era filho do deus Crono, e de Fílira, sendo ele também imortal. Conjugava a natureza humana e a equina, pois Crono estava sob a forma de um cavalo quando se uniu à Fílira. Foi um sábio, educador de heróis, um xamã, e ensinava a música, a moral, a arte da guerra e a da caça, e principalmente, a medicina. Foi ferido acidentalmente no joelho, por Hércules, seu amigo, com uma flecha envenenada, no episódio do massacre dos centauros. Apesar dos

tratamentos tentados por Quirão, aquele era um ferimento incurável. Imortal, Quirão só conseguiu descansar, quando Prometeu cedeu-lhe sua mortalidade.

Asclépio revelou-se um excelente médico, como seu pai Apolo, tendo inclusive ressuscitado alguns mortos. Temendo uma alteração na ordem do mundo, Zeus fulminou-o, a pedido de Plutão, mas alçou-o à condição de deus.

Sua prole inclui dois médicos, Podalírio e Macáon, além das jovens Panacéia e Higíia (que é a própria saúde...). Fundou em Epidauro uma escola de medicina, um centro espiritual e cultural, onde eram utilizados métodos sobretudo mágicos, mas que foi a precursora de uma medicina científica, com os descendentes de Asclépio ou asclepiades, sendo Hipócrates de Cós o mais famoso deles.

O bastão com a serpente enrolada, atributo do deus da medicina, simbolizava o renascimento da vida e sua contínua renovação, sendo a serpente, para os antigos, a detentora do dom da adivinhação e um elemento telúrico.

As famosas curas que aconteciam em Epidauro estavam relacionadas à cura da mente: o corpo só se curava totalmente, quando havia a transformação dos sentimentos, a metanóia. Os sonhos também eram muito importantes, sendo considerados como hierofania, ou manifestações do divino e a partir da sua interpretação os sacerdotes "*aviavam a receita*" (Brandão, *op.cit.*:92). Outros métodos, como o uso de ervas e as cirurgias também foram sendo aperfeiçoados e utilizados nas curas em associação com a metanóia, com grande sucesso.

Essa terapêutica, denominada nooterapia, continuou presente, mesmo com a generalização do uso de medicamentos e com a introdução de novas formas de higiene, dietética, cirurgia e hidroterapia, quando da dominação romana, no séc. II a.C.

É a partir de Hipócrates que a medicina ganha contornos mais científicos e menos mágicos, no que se refere ao entendimento das doenças. Os seus ensinamentos e de seus seguidores foram reunidos no *Corpus hipocraticum*, que contém a descrição das relações entre os humores corporais, correspondentes à água, à terra, ao ar e ao fogo, as doenças e sua cura baseada em ervas.

Os conceitos gregos sobre saúde e doença são ampliados por Galeno, no séc. II, e permanecem dogmáticos por cerca de quatorze séculos (Castoldi, 1996).

No final do séc. XVIII, momento de importante transformação na medicina, surgem dois grandes ideais médicos: o do poder médico, equivalente ao poder clerical, e o da eliminação da doença, resultado de uma sociedade devidamente organizada e controlada pelo médico.

No primeiro, padres e médicos seriam os responsáveis pela *"consolação das almas e o alívio dos sofrimentos"* (Foucault, 2003a: 35), duas missões claras da Igreja. Alma e corpo não podiam ser entendidos como separados; os padres seriam responsáveis pela saúde das almas, assim como os médicos, pela saúde do corpo. Ambos deveriam ser venerados e sustentados pelo Estado. O trabalho do médico, tal como o do padre, não seria cobrado, sendo assegurado à população como uma tarefa sagrada.

No segundo ideal, caberia ao médico uma tarefa política, no sentido de libertar a população dos maus governos que causariam guerras, paixões violentas, ociosidade, riqueza e pobreza, sendo estes fatores deflagradores de doenças. Só então, liberto, o homem poderia ser curado. Em uma sociedade sem desigualdades, finalmente, o médico apenas aconselharia *"para o equilíbrio do coração e do corpo"* (Foucault, *op.cit.*: 38).

Nos dois ideais do séc XVIII, a figura do médico, ocupando uma posição superior aos homens, aproxima-se à do médico Quirão no mito grego. Entretanto, a noção do "ferimento" presente no curador mítico, como aquilo que o aproxima dos mortais, do sofrimento do outro por ser capaz de saber/sentir a dor, parece ter desaparecido.

Evocar o mito não significa tomá-lo no sentido literal, mas perceber que o real e o ficcional, o científico e o mítico interagem e referem-se a um tipo de pensamento onde não cabe a separação sujeito-objeto.

Haraway (1989) argumenta que tanto a ciência como a cultura popular são perpassadas por fato e ficção. O fato refere-se a algo que já aconteceu e sobre o qual é construído um entendimento confiável sobre o mundo. A ficção é vista como uma versão dos acontecimentos, algo que pode ser verdadeiro. Eles não são opostos e ambos se referem à ação humana. Como afirma Ginzburg (2001b), é próprio do potencial da espécie humana a capacidade de mover-se de um mundo fictício à realidade e vice-versa, e entre mundos fictícios. A ficção é da ordem da poesia, constituindo uma realidade que é verdadeira, mas não literalmente.

Para Joseph Campbell (2000), os mitos são

"bocados de informação, provenientes dos tempos antigos, que têm a ver com os temas que sempre deram sustentação à vida humana, que construíram civilizações e enformaram religiões através dos séculos; têm a ver com os profundos problemas interiores, com os profundos mistérios, com os profundos limiares da travessia." (p. 4).

Carl G. Jung, psicólogo que desenvolveu a Psicologia Analítica, define o mito como uma representação consciente de conteúdos arquetípicos¹², mesmo quando desenvolvidos por grupos culturalmente diferentes. Segundo ele, o homem contemporâneo pensa ter eliminado o contato com o mítico, banindo os deuses e os demônios, através do processo de racionalização pelo qual passou; entretanto, eles apenas foram revestidos com outros nomes, sendo responsáveis pelo contato íntimo entre o homem e suas "forças incontroláveis", que se manifestam na inquietude, nas apreensões vagas, nas dificuldades psicológicas.

"Do patrimônio tecnológico que conferiu aos europeus a possibilidade de conquistar o mundo fazia parte também a capacidade, acumulada no curso dos séculos, de controlar a relação entre visível e invisível, entre realidade e ficção". (Ginzburg, 2001b:57)

Através dessas duas vertentes, mito e história, é possível debruçar-se sobre os depoimentos para melhor compreender as sutilezas da identidade do médico, sua auto-imagem, suas decepções com a profissão e seus valores profissionais.

Ao se entrar em contato com o mito, fica mais claro o aspecto "divino" e "poderoso" da profissão, por lidar intimamente com vida e morte: a responsabilidade é sentida como muito grande e os custos para suportá-la, também. O poder está presente nas relações humanas de modo geral, e também na hierarquia estabelecida nos serviços hospitalares, conforme foi visto no depoimento que fala sobre o agendamento das consultas.

Para Foucault (1990), o poder não é uma coisa, um lugar, algo que se possui ou não, mas uma relação, que é constituída historicamente. Significa que não existem os que têm e os que não têm poder, mas sim práticas ou relações de poder. Da mesma forma, qualquer movimento que seja contra o seu exercício tem que partir de dentro da mesma teia de poder. O poder e a resistência a ele sempre estão presentes e fazem parte de uma relação que nunca é unilateral.

¹² Conceito fundamental da Psicologia Analítica de Jung, o arquétipo é uma imagem primordial "que ressurge espontaneamente em qualquer tempo e lugar, sem a influência de uma transmissão externa (...) e que é determinada, de modo limitado, apenas quanto à forma. O arquétipo é um elemento vazio e formal em si." (Jung, 2000 : 90-91). Refere-se a uma "tendência para formar (...) representações de um motivo – representações que podem ter inúmeras variações de detalhes – sem perder a sua configuração original" (Jung, 1996 : 67). É uma "predisposição para agir, conceber, imaginar ou sentir que antecede, na mente humana, a cultura e o aprendizado" (Gambini, 2000 : 24).

Na discussão levantada por Foucault, saber e poder se implicam mutuamente, “*não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder*” (Machado, 1990: XXI).

A partir do séc. XIX, o hospital torna-se mais que um local de cura, torna-se um espaço onde o saber é produzido, acumulado e transmitido, e, conseqüentemente, onde o poder é exercido. O conhecimento fisiológico, antes mantido à margem para o médico, torna-se o centro de toda sua reflexão. O médico, a partir do final do séc. XVIII, beneficia-se de um poder cada vez maior, em várias instâncias, e passa a ocupar o papel de organizador do espaço das moradias e das cidades (aproximando-se dos ideais citados). Torna-se capaz de estabelecer as regras para a sociedade, significando uma legitimação da Medicina pelo Estado.

Seu conhecimento abarca outras áreas, como a imprensa e a política e passam a prescrever para além da saúde e da doença, sendo muito importante a sua participação nas discussões sobre os papéis sociais de homens e mulheres e a ascendência da Medicina na discussão da diferença social (Costa, 1999).

No espaço do hospital hoje, o residente é aquele profissional que acaba de ingressar num período de especialização, que tem o caráter de um rito de passagem, no sentido de que constitui uma transição de um nível de *status* para outro: de aluno para profissional. Entretanto, esse profissional, que até bem pouco tempo era aluno do sexto ano de Medicina, e como tal, gozava do privilégio de ocupar o patamar mais alto da hierarquia acadêmica, passa agora a ocupar o mais baixo no hospital, o de R1. Essa queda é muito rápida e ele se ressentido disso. Ao começar a residência, existe uma excitação antecipatória que é substituída aos poucos por períodos de insegurança, depressão, sentimentos de competência e até certa arrogância ao final do primeiro ano (Martins, 1994).

Em termos da equipe com a qual trabalha, ele é o recém chegado, o que desconhece a rotina do serviço, inclusive aspectos da especialidade que escolheu, mas é médico, e como tal, talvez pense que lhe cabe a primazia do território (território esse que pode ser entendido como o espaço do hospital e a própria paciente), assim como ao final do século XVIII e no século XIX.

Mas da mesma forma que no mito, é o ferimento que traz a noção de limite: a imagem do curador ferido aparece nos depoimentos sob a forma de adoecimentos reais, que marcam de forma indelével determinados médicos, na infância ou na idade adulta já como médicos, confrontando-os com sua vulnerabilidade e com sua incapacidade de

curar tudo, como no caso de Mariana, que a asma vivida na infância contribuiu de alguma maneira para sua escolha por Medicina e, posteriormente, a hérnia de disco colocou-a frente a seus limites físicos.

O limite também pode ser a falta de conhecimento, diante de um profissional mais experiente, seja ele médico ou não, que pode estar inclusive, hierarquicamente inferior a ele. Aparece também na forma de uma identificação¹³ com a paciente, gerando angústia pela incapacidade, ainda que momentânea, de se perceberem diferentes e separados do outro, e conseqüentemente, de resolver a situação.

A percepção de ser "ferido" traz a dimensão da humanidade, que permite estabelecer relações melhores e não se perceber onipotente. No caso de Beatriz, o choque com o sofrimento do outro, no começo das aulas de semiologia ainda na faculdade, e sua incapacidade naquele momento de suportar o sofrimento do paciente da cirurgia geral, foi o desencadeador de um processo de busca interna, no sentido de diminuir a cobrança por ter que resolver tudo, sempre.

Hoje, a grande difusão de informações médicas, desde as extraídas do senso comum até as mais especializadas, veiculadas pelos meios de comunicação, como internet, revistas, jornais, televisão, promoveu uma perda de exclusividade dessas informações pelos médicos e conseqüentemente de poder do saber médico, significando uma alteração nas relações com as pacientes, e um questionamento muito grande por parte delas, que assume o caráter de "teste" para uns, e de "falta de respeito", para outros.

"A gente vê muita falta de respeito hoje em dia aqui. Porque é difícil, cada um tem um nível de educação, vive uma realidade diferente. [A gente vê] todos os tipos de falta de respeito: gritar, não respeitar a sua conduta, te testar; até paciente bater em médico". (Joana)

"Você sente, dá para saber quando a paciente já vem para te testar e isso acaba com a relação médico/paciente; você sabe que está sendo testado [e] muitos médicos não gostam, não é que não admitam, [porque] não tem mais 'sou o médico, sou o dono da verdade', mas alguns ainda [acham que]' tem que me respeitar'." (José)

"Perdeu [poder]. Hoje em dia você é muito mais questionado do que você era. Eu acho que faz diferença, hoje em dia você é forçado a

¹³ O termo é utilizado na acepção psicanalítica, como "um processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações" (Laplanche & Pontalis, 1983:295).

estar muito mais informado, até pelas não verdades para você saber o que dizer, como se defender e como falar.” (Mariana)

"De repente, ela vem com um diagnóstico formado, um tratamento formado e cobra que seja exatamente isso que ela está esperando"
(Manoela)

É vista uma diferença entre o atendimento no setor público e no setor privado: no público, as responsabilidades são mais diluídas, a relação com a paciente não é tão próxima e o questionamento é menor, em função do nível cultural da paciente; enquanto no privado, a cobrança é maior e a prática da medicina está cada vez mais defensiva, afastando o residente do que ele considera “científico”. Ao ser questionado, seu domínio no campo da saúde e da doença fica ameaçado e o médico torna-se mais vulnerável. Nesse sentido, o próprio material escrito no prontuário serve como instrumento de defesa.

O poder, além de sua articulação com o saber, está vinculado a uma capacidade de "convencimento" da existência desse saber, por parte do médico, que se assenta sobre a relação médico-paciente:

"Depende do poder que o médico tem de convencer o paciente; se ele tem uma boa relação, ele vai conseguir convencer. Quando é uma consulta de primeira vez, fica mais difícil, porque não tem ainda aquela relação estabelecida, agora, quando já é um paciente antigo, que já confia no médico, é mais fácil de convencer". (Beatriz)

O convencer é possível porque ambos, médico e paciente, compartilham a mesma asserção cultural que legitima o domínio exercido pelo conhecimento científico (Villar e Cardoso, 2002).

Existem pontos positivos no fato da paciente ter a possibilidade de adquirir mais informação, o que significa que existe uma difusão que é benéfica, proporcionando acesso a condições melhores de diagnóstico e tratamento e permitindo uma maior colaboração por parte da paciente, não direcionada para "testar" o médico, mas para situar-se melhor na sua condição e nas possibilidades de cura.

O conhecimento, no caso da paciente, é percebido como sendo a capacidade de articular, ou "metabolizar" as informações, o que só é possível com educação, sob o risco de piorar muito mais a sua situação se houver um entendimento errado das suas condições.

"Suficiente seria ela ter educação e metabolizar aquela informação mais adequadamente. Porque a informação pura, sozinha, não faz nada. [Quer dizer, que] faz, faz, mas ela tem que vir acompanhada de um conhecimento para mudar alguma coisa". (Mariana)

Em relação aos médicos, a busca do conhecimento, em especial na residência por ser um período ainda considerado "protegido", de construção de uma segurança profissional, é direcionada primordialmente aos profissionais da instituição, por conjugarem informação e experiência.

"Eu acho que o principal não é fonte teórica. É discutir com um profissional mais experiente". (Mariana)

O estudo é guiado primordialmente pelas dúvidas que surgem na rotina do atendimento. São situações reais que solicitam uma resposta mais ou menos imediata. Nos casos mais complicados de ambulatório, onde o tempo não é o fator principal, pode-se ir aos livros ou aos artigos em casa, com mais calma, para esclarecer uma situação específica.

"Um caso de ambulatório mais complicado, eu pego para ler alguma coisa depois". (Beatriz)

O conhecimento teórico e a observação clínica se complementam: não é possível considerar apenas um deles. É a narrativa que faz a conexão entre os dois, construída a partir do relato da paciente, confrontada com os sinais mostrados pelo corpo e complementada pela entrevista do médico, focada em pontos de interesse para esclarecer dúvidas e encaminhar uma conduta terapêutica.

Esta questão é discutida por Camargo Jr (2003), em artigo sobre como se caracteriza o estilo de pensamento dos clínicos, baseado no conceito de Fleck, e como se dá o processo de seleção da informação considerada relevante e/ou confiável.

Segundo ele, em pesquisa realizada com professores de clínica médica de duas faculdades do Rio de Janeiro, existe uma hierarquia de fontes de conhecimento: a mais importante é aquela que deriva da experiência pessoal, no contato à beira do leito com o paciente, mas também no contato com colegas. Em seguida, a fonte citada é a informação textual, veiculada através de manuais de referência, vistos como mais desatualizados, mas mais consistentes, quando se referem a conhecimentos já estabelecidos; artigos de revistas, ocupando uma posição intermediária; e a internet,

considerada a mais dinâmica e conveniente, mas não a mais confiável. Por último, estão as comunicações orais passivas, que acontecem em congressos, palestras, encontros, e que são passivos, por não resultarem de uma interação interpessoal vinculada à prática profissional.

Ainda de acordo com o autor, parece existir no processo de seleção de informação uma estratégia, por parte dos médicos, de reconhecimento de sinais semelhante à empregada ao diagnosticar, que agrupa os elementos significativos, formando uma *gestalt*; tal procedimento é, muitas vezes, difícil de reconstituir por ser uma operação que se dá num nível mais intuitivo e menos consciente e sistemático.

Existe uma falta de recursos para avaliação dessa informação, devido à escassez de tempo e ao desconhecimento, principalmente, em epidemiologia e estatística, que possibilite uma discussão dos métodos empregados nas pesquisas. Desta forma, apesar do ceticismo característico dos médicos, a relevância da fonte acaba sendo estabelecida, freqüentemente *a priori*, pela sua credibilidade acadêmica, pela vinculação à prática clínica, ou ainda por serem previamente digeridas e selecionadas pela indústria médico-farmacêutica.

Pôde-se observar semelhanças entre os depoimentos e os resultados discutidos no citado artigo:

"[A fonte] é o livro, às vezes, a maioria dos casos é o preceptor. Quando são casos mais raros, livro; o artigo, a gente está acostumado a fazer medicina baseada em evidência, sabe muita coisa; mas se você for avaliar direito muita coisa, a gente sabe também [que] não vale de nada." (José)

"A gente tem, teoricamente, [condições], a gente até fez o curso de medicina baseada em evidência; como analisar um artigo, a validade interna de artigo; isso dá pra avaliar mais ou menos, material e método, como foi randomizado, essas coisas todas, mais [a] parte técnica também, aí nisso a gente acaba descartando muito artigo". (José)

A medicina baseada em evidências, um dos desdobramentos das tecnobiociências, vinculada ao movimento da "epidemiologia clínica" de origem anglo-saxônica, representa uma fonte de segurança na prática clínica, por contribuir para a atualização do conhecimento, conforme já visto em alguns trechos dos depoimentos, apesar de nem sempre levar em consideração os aspectos sociais, culturais e econômicos (Camargo Jr., 2003). Traz embutida as noções de: a) objetividade incondicional do conhecimento

científico, enunciando "verdades", cuja neutralidade estabelece um poder de controle sobre sujeito e objeto que se encontram dissociados e desprovidos de subjetividade; b) progresso contínuo no aprimoramento tecnológico, muitas vezes levando a uma falta de sentido das ações executadas; c) possibilidade de quantificação das probabilidades envolvidas nesse processo (Barata, 1996). Como aponta Castiel (1999), o próprio termo "baseada em evidências" sugere uma verdade que é sólida e confiável e que é percebida através do canal que tem primazia no ser humano: a visão.

"[A medicina baseada em evidência], eu vejo [como] super importante, porque é evidência de que funciona ou não no paciente... É evidência de uma prática." (Mariana)

As situações que geram dúvida e insegurança, trazem à tona as duas vertentes da medicina, conforme discutido por Castoldi (1996), a ciência e a arte, onde a impossibilidade de conciliar o caráter geral da teoria da medicina com as singularidades das pacientes é flagrante, gerando até comentários contraditórios. Talvez por isso, a orientação proveniente do preceptor, ou de outro profissional mais experiente, seja tão importante.

"Você pode até também se embasar melhor, mas eu acho que às vezes, é aquilo que eu disse: a medicina não é ler, estudar só; é prática, é experiência; é você ver uma coisa, ver outra, não tem ninguém que te ensine. Isso, nenhum livro ensina". (Mariana)

"É uma necessidade da medicina como um todo. Porque senão você perde o padrão. Você tem que padronizar alguma coisa para comparar." (Mariana)

"A medicina não é regra, nunca foi. Não dá pra ser. Cada caso é um caso, na maioria das vezes. Na prática, você pode ter várias condutas para uma coisa só, uma doença só, até controversas". (Joana)

O estudo teórico da Medicina, o conhecimento sobre a teoria das doenças, presente nos livros e artigos, é visto como sendo a parte científica, extremamente importante não só no processo de formação profissional, mas de atualização posterior.

A prática diária da clínica, cujo aprendizado também é reconhecidamente imprescindível, lança mão do conhecimento científico, mas é exercida como arte, no contato humano entre médico e paciente, convivendo com as singularidades das histórias, mesmo quando falam de uma mesma doença. É nessa prática que a

sensibilidade do médico é apurada a cada caso, onde as situações chamam para uma tomada de decisão do médico quanto ao diagnóstico e à conduta terapêutica.

Em muitas situações, a ciência não traz as respostas necessárias e é a experiência do profissional mais antigo, a arte do ofício aprimorada ano após ano, caso após caso, que traz luz à dúvida existente, reforçando o processo de aprender a decidir, ainda que em situações com alto nível de pressão.

O conhecimento médico adquire uma posição privilegiada de saber ahistórico e atemporal, sendo naturalizado e, portanto, inquestionável, transmitido de forma pronta, como uma configuração de verdade sobre o real (Castoldi, 1996; Barthes, 2001). Contudo, *"a 'realidade real' não existe; na verdade é sempre um olhar [que é] condicionado. Cada experiência de olhar é um limite, a gente não conhece as coisas como elas são, [tudo] é mediado pela nossa experiência"*.¹⁴ A incerteza acaba dando margem ao surgimento de asserções dogmáticas, que podem ser circunstanciais ou não.

A dicotomia existente entre teoria e prática, entre ciência e arte, aparece também na avaliação que os residentes fizeram da residência, ao medirem o peso dos aspectos acadêmico e assistencial, o primeiro envolvendo produção teórica de artigos e realização de pesquisa e o segundo, as atividades de ambulatório e de centro cirúrgico.

"O atendimento é bem maior, nem compara. Mas aqui a parte acadêmica é bem menor do que a parte de atendimento. Não tem como a parte acadêmica superar a parte do atendimento, quando você não tem prática nenhuma. Não adianta ter um mundo de informação acadêmica [se] quando você sai, vai para o consultório, para outro hospital, você não tem essa prática, [essa] experiência". (Gustavo)

Um dos principais motivos da escolha do IFF para a residência é justamente o nome que conquistou por valorizar esse aspecto mais acadêmico. Todos eles se referiram a essa escolha como tendo sido motivada pela qualidade de ensino e não pelo volume de atendimentos. Segundo eles, o menor volume de atendimentos realizados no hospital, que num primeiro momento angustia por retardar uma intimidade maior com os procedimentos e com os casos, num momento posterior transforma-se em solidez de embasamento, por lidar com casos mais graves e raros, e pelo fato do IFF ser parte integrante de uma instituição reconhecidamente importante nas áreas de pesquisa e ensino.

¹⁴ Trecho do depoimento de Paulo César Lopes, professor de literatura, do filme **Janela da Alma**, de João Jardim e Walter Carvalho, 2001.

A atual dificuldade de absorção dos profissionais médicos pelo mercado de trabalho, já ao nível da residência, aliada ao aumento do número de cursos de medicina de qualidade duvidosa, estabelece a especialização como diferencial, visto que não há oferta de vagas compatível com a quantidade de médicos recém-formados. Nesse afunilamento crescente, a opção por uma carreira acadêmica, que inclui mestrado e doutorado, também aparece como atrativa, exceto para aqueles que se reconhecem como essencialmente voltados para a prática clínica.

A residência é vista também como uma forma de adquirir mais segurança, diante de uma complexificação crescente das especialidades. Ao se restringir a área de atuação, limita-se o campo a ser atualizado, o que traz mais segurança também para a paciente, apesar de uma maior compartimentalização. Dentro dessa visão, o médico com formação generalista é visto como um retrocesso, sendo pouco valorizado.

"Porque quanto mais você se sub-especializa, a tendência é que você saiba mais sobre aquele assunto. Lógico que o paciente ganha. Talvez essa parte para a paciente seja ruim, [o] ter que procurar mais médicos; ela ganha na qualidade e perde um pouco [na] relação. Cada vez uma coisa nova surgindo, você não consegue sintonizar em tudo, é impossível." (Gustavo)

Além do impacto da responsabilidade que caracteriza a residência, existe uma pressão muito grande de adquirir conhecimento especializado em pouco tempo. Os residentes se encontram divididos entre as atividades voltadas ao desenvolvimento teórico e as que privilegiam a parte prática, traduzida em volume de atendimentos.

A questão do tempo permeia todos os depoimentos: a sua falta, dificultando a atualização diante de um volume crescente de novas informações, necessidade característica do estilo de pensamento clínico (Camargo Jr., 2003); a opção por uma não exclusividade da medicina na vida, onde o aspecto pessoal pode ser priorizado, afastando-se da Medicina vista como sacerdócio; nas escolhas em obstetrícia, especialidade muito ligada ao tempo, claramente expresso no trabalho de parto e na crescente escolha por cesariana.

É através das relações que o homem estabelece em sociedade, entre elas a relação com o tempo, que ele vai significar sua vida (Augusto, 1994). O tempo é percebido pelo ser-no-mundo que é o homem, isto é, alguém que lida com o mundo, nele permanece, realiza, contempla, questiona e determina por observação e comparação (Heidegger, 1997).

A emergência da noção de indivíduo é contemporânea ao processo desenvolvido no século XVIII e início do século XIX, que traz em seu bojo a crença no progresso contínuo e ilimitado, guiado pela razão através do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, com conseqüente controle da natureza, e a crença no homem e na sua capacidade de liberdade e de escolha.

Com o indivíduo surge a percepção linear do tempo, produto da consciência, com sua irreversibilidade, que sinaliza sobretudo a mortalidade do homem, a sua finitude e a sua limitação. *"A consciência da morte é uma marca da humanidade"* (Rodrigues, 1983:19).

O período da residência pode ser visto como um período (de tempo) iniciatório, marcado pela cobrança e pela extenuante rotina (Cousins, 1981) que o residente deseja completar para adquirir instrumentos simbólicos legitimadores de poder, tais como o raciocínio clínico mais apurado, o carimbo, que traduz identidade e responsabilidade, o "pegar mão", significando habilidade cirúrgica.

Nessa rotina, fatores como fadiga pela grande carga de trabalho, despertando sentimentos hostis em relação a vivências de exploração e desrespeito, falta de tempo para a vida pessoal, responsabilidade no atendimento aos pacientes, onde o medo de cometer erros e a falta de conhecimento e experiência ameaçam a autoconfiança, são apontados por diversos autores como estressantes, isto é, como fatores que requerem o desenvolvimento de reações adaptativas por parte do organismo, conforme descrito por Martins (1994).

A vulnerabilidade psicológica do médico é apontada pelo autor como um tema delicado, difícil de ser reconhecido e abordado. Essa vulnerabilidade se apresenta em função das pressões inerentes à própria profissão, na lida diária com vida, doença e morte; pelo contato íntimo com o corpo do outro, com suas queixas, reivindicações, submissão e hostilidade; pelas incertezas da medicina, e a necessidade de garantias por parte dos pacientes e do próprio médico; situações, enfim, muitas vezes exacerbadas por fatores circunstanciais, o que significa uma sobrecarga emocional.

O exercício da Medicina apresenta um alto grau de toxicidade psicológica, especialmente, num hospital terciário e de ensino, onde a gravidade dos casos é maior em relação aos hospitais gerais. A adaptação a esse contexto vai depender dos recursos de cada um, de seus mecanismos de defesa, sejam eles conscientes ou não. (Martins, 1994).

Nesse processo adaptativo, alguns recursos aparecem cristalizados como características estereotipadas, que tornam alguns médicos caricaturas de si mesmos. Pode-se, entretanto, observar rasgos dessas características, de forma não tão rígida, em vários dos residentes entrevistados.

Uma delas diz respeito a uma grande ansiedade por não repetir o padrão de colocar a profissão e as necessidades das pacientes em primeiro lugar, em ter uma vida fora da Medicina, mas que significa, em contrapartida, perceber-se com limitações e não como aquele que irá resolver tudo.

Outra característica refere-se ao auto-cuidado: alguns entrevistados reconhecem a pouca atenção dada à alimentação, à prática de algum tipo de atividade física, ao lazer com a família ou com os amigos. É como se a humanidade não fizesse parte do repertório desses profissionais e eles pudessem cuidar dos outros sem cuidar de si. Outros mostram um movimento no sentido de romper com isso e estabelecer limites para a vida profissional, com uma tendência a migrar para sub-especialidades que permitam uma rotina com horários mais regulares, e onde o contato com a paciente seja mediado pela tecnologia, como é o caso do diagnóstico por imagem e vídeo (laparoscopia e histeroscopia).

Essa escolha está associada à atração que a tecnologia por imagem exerce, por disponibilizar procedimentos menos invasivos para as pacientes e que representam uma fonte de segurança para ambos.

Em termos mais profundos, pode-se entender a necessidade de lidar com o tempo de forma diferente, por um lado, como expressão de um movimento no sentido de uma maior aceitação da humanidade do médico, e como meio de recuperar o ritmo da temporalidade pessoal (Augusto, 1994); mas por outro, pode significar a exigência de um aproveitamento integral do tempo, característica de uma forma de sociabilidade focada no produzir, onde até o tempo dedicado à vida pessoal deve ser "útil", acarretando uma aceleração cada vez maior do ritmo do tempo, onde o seu desperdício é visto como desbaratamento de forças (Costa, 1999).

O tempo *"é um desenrolar, cujas fases estão numa relação mútua do mais tarde com o mais cedo"* (Heidegger, 1997, p.13). O tempo presente é sempre escasso, mas talvez essa escassez escamoteie uma outra situação, onde o excesso de atividades, de informação e de consumo representa a falta de sentido que permeia a vida de grande parte das pessoas, que se encontram desconectadas, sem raízes, sem um sentido de pertencimento a um "nós" (Augusto, 1994).

*"... os sons se multiplicam, as imagens se multiplicam e nós vamos cada vez mais a sentir-nos perdidos; perdidos em primeiro lugar, de nós próprios, e em segundo lugar, perdidos na relação com o mundo. Acabamos por circular [por aí] sem saber muito bem, nem o que somos, nem para que servimos, nem que sentido tem a existência".*¹⁵

No que se refere à pressão do tempo, Martins (1994) identifica quatro grupos de fatores, que associados podem provocar situações de fadiga e exaustão e que devem ser considerados nos programas de residência: a pressão social, que caracteriza a assistência; a pressão dos valores, que envolvem o ser médico; a pressão advinda do aprendizado, e a pressão que surge em função das necessidades do residente.

A pressão social refere-se a uma ampla discussão sobre a residência como período de preparação do profissional e/ou uma exploração do jovem médico (Cousins, 1981). O número de pacientes a serem atendidas é grande, mesmo num hospital especializado como o IFF, gerando uma ansiedade em distribuir o tempo de maneira adequada entre todas e, muitas vezes, causando problemas com a marcação das agendas. Esse tempo escasso também impede (mas não é o único fator) a existência de um espaço de discussão entre os residentes e a equipe dos aspectos não fisiológicos dos casos, e mesmo relativos à sua vivência da Residência, com todas as dúvidas e questionamentos pertinentes.

"Em qualquer lugar, a Residência é um período [em que] você está aqui para trabalhar. As pessoas falam: 'você está cansado? Residente não fica cansado'." (Eliane)

"Eu achei bom perguntar como é que foi [a Residência]. Teria uma validade muito grande se fosse feito por alguém que é responsável [pelo programa], que pudesse mudar, melhorar alguma coisa. [Que você] desse a sua opinião para melhorar. Eu acho que quem se propõe a trabalhar com residente tem que se propor a melhorar também esse tratamento. [Porque é] igual a um professor, é relação. [Cabe a essa pessoa] ajudar." (Joana)

É claro que a ausência desse tipo de discussão envolve outros fatores, como competição, demonstração de poder, idealização da profissão, que permeiam o segundo tipo de pressão do tempo: a dos valores, que colocam o médico numa posição privilegiada em termos de atuação sobre a vida e a morte, mas que pressionam o profissional no sentido de não cometer erros e de ter que tomar decisões em situações

¹⁵ Trecho do depoimento de José Saramago, escritor, para o filme **Janela da Alma**, de João Jardim e Walter Carvalho, 2001.

emergenciais, o que para um residente, ainda em processo de construção de confiança e identidade, pode significar um peso excessivo.

"A questão da emergência me deixa aflita; trabalhar com uma situação que eu não posso prever o que vai acontecer. Eu tenho um pouco de medo de dar plantão sozinha, de chegar uma paciente com a vida na minha mão e eu não conseguir resolver." (Beatriz)

A terceira forma de pressão do tempo, a do aprendizado, envolve os conflitos inerentes ao ser aluno e profissional ao mesmo tempo. Na relação com o preceptor, estão presentes orientação, colaboração, mas também cobrança e competição. As cobranças nem sempre são congruentes com o momento, e ora o residente é cobrado de ser capaz de tomar iniciativas, ora lhe é lembrada sua condição dependente de um profissional mais experiente, onde ele deve apenas seguir instruções. O conflito polariza os sentimentos e causa oscilações entre a insegurança e a segurança exacerbadas.

"Tem horas que você tem que decidir, o paciente é seu, é sua responsabilidade. E tem horas que não, você não vai fazer isso, porque você não pode, você não é capaz." (Eliane)

"[O que é ruim na residência] são as obrigações que você tem que fazer e que não tem autonomia; de você estar sempre respondendo a uma outra pessoa pelo que fez. Às vezes você tem que fazer coisas que você não aceita, não concorda, medicamente falando, mas que o outro mandou." (Mariana)

"Uma hora diz que a gente tem que falar sim senhor; outra hora não, tem que ter discernimento para ir contra o staff." (Manoela)

Durante as entrevistas, o carimbo que é levado no bolso do jaleco por todos os entrevistados, e que metaforicamente representa a aquisição da responsabilidade e o *status* de médico, serviu como indicador desses momentos de mais insegurança, sob a forma de um constante bater, que ganhava aceleração quando o tema sugeria algo crítico, que extrapolava seu domínio ou controle.

A quarta forma de pressão do tempo, a das necessidades do residente, refere-se a uma expectativa inicial de tornar-se o especialista, aquele que vai terminar o período da Residência seguro e experiente, e que vai pouco a pouco se transformando, de forma a reconhecer os ganhos, que são reais, mas também a perceber que é apenas uma etapa que foi cumprida e que outras virão.

"Eu achava, quando eu entrei, que ia ser assim: a especialização. Que eu ia sair da Residência assim: 'sou ginecologia, obstetra, agora vou fazer isso'. Não é assim. As coisas vão num contínuo; fazem parte de um caminho." (Eliane)

A dificuldade de estar em constante contato com o sofrimento do outro, e a necessidade de realizar determinadas intervenções, exige do médico uma dissociação das representações que ele tem sobre os órgãos e sobre o corpo em geral. Esse aprendizado é sentido pelos residentes como paulatino, pelo contato rotineiro com a dor e a doença.

"Não fico martelando, eu penso mais na minha vida, não fico pensando sobre o paciente horas a fio. Fico pensando mais sobre as minhas coisas. Quando eu saio daqui, eu consigo desligar e fazer outra coisa. Isso também é uma maneira de eu não ficar me envolvendo demais. Eu acho que é um mecanismo que eu criei de não me envolver tanto com a dor dos outros, ou com o problema dos outros." (Mariana)

De uma situação de impessoalidade pode-se chegar à coisificação do paciente, que permite uma evitação da dor do outro e que traz como uma das possíveis conseqüências um bloqueio do diálogo entre médico e paciente. A dor é sempre uma pergunta sobre o sentido da vida. Anestesiarse significa silenciar esse questionamento. O banimento da dor ocorre junto com o mecanismo de ocultação da morte, característico da sociedade ocidental (Rodrigues, 1983).

No contato com o sofrimento do outro, ouvir se diferencia de escutar: o primeiro refere-se a um fenômeno fisiológico, enquanto o segundo, a um fenômeno psicológico. Segundo Barthes (1990), pode-se distinguir três tipos de escuta: 1) a escuta onde o ser vivo, homem ou animal, dirige seu sentido da audição para índices, numa atitude de alerta; 2) a escuta como decifração, onde o homem busca identificar o que ouve – signos – através de certos códigos, como num processo de leitura; 3) e a escuta que visa, não aos signos, ao que é falado, mas àquele que fala e que ocorre num espaço intersubjetivo. Seria o que o filósofo Martin Buber (1979) denomina de palavra-princípio Eu-Tu, onde o Eu não existe sem o Tu e vice-versa, e o Tu não expressa posse por coisa alguma que seja objeto da experiência, mas sim uma relação.

"A vida do ser humano (...) não se limita somente às atividades que têm algo por objeto. Eu percebo alguma coisa. Eu experimento alguma coisa, ou represento alguma coisa, eu quero alguma coisa, ou

sinto alguma coisa, eu penso em alguma coisa. A vida do ser humano não consiste unicamente nisto ou em algo semelhante. (...) Quem diz TU não possui coisa alguma, não possui nada. Ele permanece em relação." (Buber, op.cit.: 4)

Percebe-se nesse percurso de predominância do olhar, num sentido ampliado, sobre os outros sentidos, que a escuta que ocorre, na maioria das vezes é uma escuta no segundo nível descrito por Barthes: uma escuta que busca "ler" os signos, tendo como referência códigos já estabelecidos. O olhar é uma atitude que depende do observador; *"o olhar é uma interpretação: tudo o que a gente olha está mediado por nossos conceitos, nossos valores"* ¹⁶ no caso do médico obstetra/ginecologista, ele é capaz de ver o interior do corpo da mulher, portanto, é capaz de saber. E para ver melhor ou saber melhor, ele a escuta, buscando identificar sinais relevantes que o orientem em sua formulação do diagnóstico. O escutar, no terceiro sentido de Barthes, depende de um outro, pois se escuta alguém e não algo. Torna-se muito mais inseguro e arriscado, pois envolve um outro que solicita que o escutem. Esse nível de escuta, parece ocorrer com bastante menos freqüência, conforme se pôde perceber nas entrevistas.

Com pacientes consideradas como "queixosas", *"que gostam de fazer drama"* em quem, segundo o médico, não existe uma vontade real de melhorar, e que na verdade *"ela está melhor do que você"*, a escuta tende a ficar prejudicada, por gerar certa impaciência no médico que passa a desconsiderar as informações que ela traz:

"Eu acho que isso é pior e te deixa mais impaciente. E ainda é ruim porque depois você pode deixar de valorizar alguma coisa que realmente tinha valor. Eu acho que é mais complicado. Ela fala, entra por um ouvido, sai pelo outro. [Você] não presta atenção, [ela] fala um monte de coisa, uma coisa você pega, o resto deixa passar."
(Gustavo)

Cabe à sensibilidade do médico, ao seu *feeling*, identificar essas situações, consideradas "não palpáveis" e discriminar o que deve ser levado em consideração, o que nem sempre acontece.

Essa sensibilidade, difícil de ser descrita, aparece como sendo algo que é inerente a cada um, em maior ou menor grau, e que vai sendo desenvolvido no decorrer do aprendizado profissional. Mas, ao mesmo tempo em que é considerada muito importante, quando se fala em raciocínio clínico, é reconhecidamente pouco estimulada

¹⁶ Trecho do depoimento de Paulo César Lopes, professor de literatura, para o filme **Janela da Alma** de João Jardim e Walter Carvalho, 2001.

ou discutida no programa da residência médica, ou mesmo na graduação. Ela pertence à ordem do que não é explicável; é considerada como dissociada do raciocínio resultante de sinais ou evidências concretas, sendo por isso, pouco valorizada, a não ser em profissionais mais experientes.

"O feeling, [eu] acho que a gente ainda não deve ter muito. Acho que depende da orientação. É uma coisa meio pessoal." (Manoela)

"É muito importante as duas coisas [sensibilidade e conhecimento teórico], mas a sensibilidade eu acho que te leva para o caminho certo." (Mariana)

Na verdade, ela expressa elementos intuitivos, inclusive percepções físicas, que associados à criatividade e à analogia, vão compor o processo de elaboração do diagnóstico, do qual fazem parte os achados sobre um determinado paciente, que são confrontados com a grade nosológica tida como referência (Castiel, 1999). As habilidades do clínico e a obtenção de elementos importantes através da anamnese e do exame físico acabam sendo relegadas a um segundo plano, em relação às informações quantificadas dos exames (Barata, 1996), consequência, tida como “natural” para alguns, do aperfeiçoamento de técnicas, incluindo as de imagem, que são capazes de “revelar” aspectos da paciente, com muito mais segurança.

Entretanto, nem todos os depoentes vêm desta forma, pelo menos em teoria: referem-se aos exames como complementares, como o próprio nome diz, que vêm corroborar o que José chamou, de forma metafórica, de “história clínica florida”. Mas nem sempre é a paciente que não traz “cor” em seu relato: às vezes, é o médico que não consegue percebê-la, e a escolha é a solicitação de um número nem sempre adequado de exames, aumentando a possibilidade de obter informações discordantes.

No mito de Asclépio, ele é punido por Zeus, a pedido de Plutão, ou Hades, por ressuscitar os mortos. Até o final do séc. XVIII, o olhar médico é voltado para a eliminação da doença, a cura e a restauração da vida; a morte estava fora do alcance desse olhar e desafiava o conhecimento e a habilidade do médico. Com Bichat, anátomo-patologista (Foucault, 2003a), os olhos do médico se voltam para a morte, buscando nela as respostas do seu fracasso, as explicações para a doença e para a vida. Significou libertar a medicina do medo da morte, que foi integrada num quadro técnico-conceitual, com características determinadas e relevância como experiência. *"A noite viva se dissipa na claridade da morte"* (Foucault, *op.cit.*: 168).

Como se a partir desse momento, a interdição de Zeus tivesse sido revogada, e os homens, discípulos de Asclépio, pudessem novamente ousar enfrentar a morte, não sob a forma de ressuscitamento, mas como meio de conhecer a vida. O elo de continuidade que existia entre vida, doença como ameaça à vida e morte, como ponto de chegada da doença, é rompido e passa a constituir uma figura triangular, do alto da qual a morte ilumina o espaço do corpo e o tempo da doença.

O delineamento do indivíduo e as mudanças na percepção do tempo impuseram um reconhecimento da finitude, re-significando vida e morte (Augusto, 1994).

A cultura realiza um trabalho de classificação da morte para melhor compreendê-la e para dar-lhe sentido, resultando numa série de práticas, teorias, dogmas e idéias (Rodrigues, 1983). A morte, tal como a conhecemos hoje, nasce junto com o processo de valorização do indivíduo. Ela perde o conteúdo de festividade e coletividade para dar lugar à individualidade e à angústia diante dela, passando a ser evitada e exorcizada.

O afastamento se dá através da sua naturalização. E ao acreditar-se capaz de controlar a natureza através da ciência, o homem sente-se capaz de fazê-lo em relação à morte. Atualmente, *"a regra em nossa sociedade é a neutralização dos ritos funerários e a ocultação de tudo que diga respeito à morte"* (Rodrigues, 1983:187). Por negar a morte, o homem não suporta sua ritualização, e por não ritualizá-la, não consegue enfrentá-la; a morte transforma-se em um evento que deve ser vivido solitariamente nos hospitais.

O homem torna-se dissociado do sofrimento e da morte, que de contingência, limite natural, passa a ser vista como fracasso do corpo e da atenção médica (Pitta, 1994).

Para estar em contato com a morte, o médico necessita de certa forma incorporá-la, vacinar-se contra ela, como uma iniciação necessária à aquisição dos poderes do xamã, como sendo aquele capaz de lidar com vida e morte (Zaidhaft, 1990). Hoje, socialmente os médicos são vistos como inimigos da morte, à qual deverão vencer.

A metáfora da batalha é bastante presente na medicina, onde o médico é aquele que disputa com a doença e com a morte, a posse pelo paciente. A doença pode ser entendida ainda hoje como oscilando entre algo que é externo e penetra no corpo, e algo que é interno e causa um desequilíbrio no organismo. Ambas têm em comum uma situação de confronto onde as polaridades são exacerbadas: uma força que é estranha à pessoa ou uma luta entre forças internas.

"[O médico], geralmente, quer resolver o problema. Ele não quer chegar numa coisa que não possa resolver; ele vai tentar ao máximo. Talvez até além do que uma pessoa de fora acharia que é o limite; ele vai até mais porque ele quer resolver. E não quer ser vencido pela doença, isso é importante. É ele lutando contra o câncer. Tem um paciente no meio e ele lutando contra o câncer. O corpo [do paciente] é o território. O câncer querendo ocupar e o médico querendo expulsar o câncer dele. Mais ou menos isso. Mas o médico sempre quer vencer. Não quer ser vencido." (Gustavo)

Os estudos de imunologia trazem o cenário da guerra para expressar o que seriam os limites entre o eu e o não-eu, visto como potencialmente estranho e hostil, e do organismo como um campo de batalha onde esses confrontos acontecem (Martin, 1997).

Entretanto, outras perspectivas são possíveis, como a definição do sistema imunológico como um ecossistema (Gilbert, s.d. *apud* Haraway, 1991), ou ainda, como órgão sensorial (Blalock, 1984 *apud* Haraway, *op.cit.*).

Segundo Canguilhem (2002), a vida se caracteriza como polaridade que se contrapõe a tudo o que pode ser considerado um empecilho à normatividade biológica, entendida como toda atividade que é própria do organismo. Da mesma forma, o ser humano é capaz de reconhecer em si estados ou comportamentos que são percebidos e valorados de forma negativa, caracterizando-se como patológicos e devendo, portanto, ser combatidos. Cabe à medicina atuar na mesma direção, prolongando esse esforço espontâneo de defesa e luta que é próprio da vida.

Entretanto, isso nem sempre é possível, e cabe ao médico desenvolver estratégias para superar a frustração do fracasso e a impotência que advêm disso, e que permitam uma sublimação compensatória¹⁷. Nos depoimentos, o referir-se a si mesmo em terceira pessoa do singular traduz um distanciamento, uma situação hipotética que pode acontecer com qualquer um, mas não consigo mesmo. A partir desse distanciamento, estratégias podem ser adotadas no sentido de retomar a rotina bruscamente interrompida pela perda do paciente, como por exemplo, voltar-se para outras situações que se apresentam como possíveis.

"A gente aprende a lidar com isso. [É um] aprendizado ter que lidar com o sofrimento das pessoas, com morte. É chocante o primeiro

¹⁷ Sublimação: "processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual, (...) como por exemplo a criação artística, a investigação intelectual e, em geral, atividades a que uma dada sociedade confere grande valor" (Laplanche & Pontalis, 1983:638), como pode ser o caso do trabalho em saúde.

paciente que você vê morrer, tentando ressuscitar, a primeira parada. Depois aquilo vira uma coisa tão rotineira. Você tem que ter força. Você tem que ter costume para lidar com isso. É claro que tem uns casos que você fica mais arrasado, mas você aprende a lidar com isso porque é uma coisa que não tem jeito, é sua profissão, o seu dever. [Então] ali, não deu certo, mas você tem que partir para outro, você tem tantas outras pessoas para ajudar." (Joana)

Não é o contato com a morte, como conceito abstrato, o que é mais difícil, mas acompanhar o paciente vivo que está morrendo, o que desperta sentimentos de culpa por não conseguir evitá-la ou pela dificuldade em se aproximar dessa pessoa (Zaidhaft, 1990), e coloca o médico frente a frente com a sua própria morte e limitação (Rodrigues, 1983), levando-o muitas vezes a atitudes de obstinação para conseguir a cura da doença (Pitta, 1994).

c) Perfil do médico G.O. e escolha da especialidade

A escolha por Medicina é cercada por uma grande valorização do aluno, por ingressar em um curso cuja concorrência é alta, alçando-o desde o início a uma condição especial. A carreira nesse momento ainda é revestida de uma aura de importância e *status*, o que gera uma grande expectativa com relação ao futuro por parte do estudante e de sua família.

A Medicina é considerada por Edmundo Campos Coelho (1999), junto com a Engenharia e a Advocacia, uma profissão imperial, por haver se consolidado no Brasil nesse período. O autor discute o seu processo de estabelecimento como sendo resultado de uma aliança com o Estado, em busca de um monopólio profissional, e não pelo domínio de um saber especializado que os diferenciava dos práticos e charlatões perante a sociedade.

A variação de renda e prestígio dos médicos, à época imperial, é devida menos à competência profissional, em termos de resultados práticos, e mais a fatores culturais, ao conhecimento das teorias médicas vigentes na Europa, à posição social da clientela e às relações pessoais estabelecidas.

Para ele, o poder disciplinar exercido pela Medicina sobre a sociedade ocorreu principalmente em termos de intenção, mais do que de ação efetiva. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em Academia Imperial de Medicina, em

1835, aspirava a regular tudo o que dizia respeito à matéria médica e à saúde pública, mas segundo Coelho (*op.cit.*), sua influência foi muito mais modesta do que pretendia.

Mas o fato é que o poder médico, seja ele mais efetivo ou mais intencional, e o *status* da profissão (ou o desejo de), permaneceram no ideário coletivo, tornando a profissão de médico um desafio a ser vencido pelos melhores alunos, como coroamento de uma vida escolar de sucesso.

Ingressar na residência médica marca a escolha da especialidade, opção que muitas vezes vem sendo delineada ainda na graduação, ao longo das disciplinas teóricas e do internato. Nem sempre ficam claras as razões desta escolha: algumas resultam de influências de pais ou familiares com a mesma especialização; outras, no caso de algumas médicas, estão relacionadas a uma preferência por atender mulher, considerado mais fácil, por uma questão de identificação; algumas, ainda, se relacionam a uma preferência teórico-técnica pela especialidade. A vida pessoal também envolve transição para uma maior maturidade, com a aquisição de novas responsabilidades e aspirações, como casar e constituir família.

A Obstetrícia e a Ginecologia integram o quadro das chamadas áreas básicas na Medicina, sendo consideradas essencialmente cirúrgicas. Apesar de serem tratadas como separadas, envolvendo características e aptidões diferentes daqueles que as praticam, estão atreladas na Residência - opta-se por ambas ao entrar - mas os programas são elaborados e cumpridos de forma independente.

A Obstetrícia é a primeira a surgir como especialidade para tratar dos problemas da mulher ligados à reprodução, gravidez, parto e puerpério. A Ginecologia surge como especialidade médica no século XIX, em meio ao interesse pelas diferenças entre os sexos.

Antes do século XIX, não se pode falar exatamente de uma medicina brasileira, visto que as condições econômicas e culturais do país desde o povoamento até então, não são propícias a uma produção científica nacional. A medicina aqui exercida trata-se de uma reprodução de conceitos e práticas vigentes na Europa, de alguma maneira adaptados e mesclados aos aspectos culturais locais. Constitui o que Lycurgo Santos Filho (1991) aponta como a primeira fase, a medicina dos físicos e cirurgiões, que engloba a medicina indígena, com seu conhecimento de plantas nativas; a dos jesuítas, de influência européia, mas mesclada aos recursos locais; a dos negros africanos, impregnada de magia e feitiçaria; a dos holandeses, de origem principalmente judaica, e a dos ibero-portugueses, a oficial e a mais popular nesse momento.

Influenciada a princípio pela medicina ibérica e, posteriormente, pela francesa no século XIX, a medicina tem uma história escassa, influenciada pelas insuficiências da terra, repleta de enganos e superstições. Nessa fase colonial, as artes cirúrgica e tocológica não apresentam relevância (Magalhães, 1922).

A vinda de D. João VI, em 1808, significa a passagem de uma medicina feita por físicos e cirurgiões formados no exterior, para uma medicina feita por médicos formados em escolas brasileiras, as escolas médico-cirúrgicas de Salvador e do Rio de Janeiro, transformadas em academias e faculdades. Assinala também o declínio do modelo ibérico e a ascensão da forte influência francesa. Surge uma imprensa especializada e a busca pelos centros europeus é agora mais no sentido de um aperfeiçoamento. É chamado por Santos Filho como a segunda fase, a de uma medicina pré-científica.

A terceira fase, a da medicina científica, surge com a criação da chamada "Escola Tropicalista Baiana", gerando pesquisas e experimentos que começam a conformar um pensamento médico independente. É a fase de pesquisadores como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Vital Brasil, Pirajá da Silva. Surgem os institutos de pesquisa como Manguinhos, Bacteriológico e Butantã. É o momento do saneamento das cidades, da melhoria do ensino especializado na prática médico-cirúrgica e da criação de indústria farmacêutica de alto padrão técnico.

Até o século XIX as cirurgias eram feitas "a frio", sem anestesia, devendo o paciente ser contido por outras pessoas. Cabia ao cirurgião, "*que devia possuir rija têmpera e coração duro*" (Santos Filho, 1991:225) trabalhar ao som dos gritos de dor. Para que durasse o menor tempo possível, o cirurgião deveria ter habilidade, aptidão e destreza.

Pela sua manualidade e seu aspecto sangrento, é por isso uma atividade desvalorizada, e da mesma forma, seu praticante. A infecção é inevitável e não há condições de higiene e de vestimenta especial. O instrumental é pobre, composto basicamente de "*ferros de lancetas, escalpelos ou bisturis, tesouras, pinças, serras, cautérios, agulhas*" (Santos Filho, 1991: 227). O barbeiro-cirurgião também traz seu "estojo", composto por instrumentos para extração de dentes, além de navalha, pedra de amolar, pente e tesoura. As ventosas também fazem parte desse arsenal cirúrgico.

A partir do século XIX, com o advento da anestesia e da assepsia é que a cirurgia ganha força, transformando-se num dos ramos mais importantes da medicina, deixando de ser basicamente mutiladora para ser também restauradora e conservadora.

A Obstetrícia, nos seus primórdios, é mais ligada à experiência do médico e à sua prática, enquanto a Ginecologia, por ser essencialmente cirúrgica, desenvolve-se no mesmo compasso que as descobertas científicas que impulsionam a cirurgia (Santos Filho, 1991). Muitos obstetras tornam-se ginecologistas pelo seu maior conhecimento do corpo da mulher e por começar a se apresentar como atividade mais rentável.

Da comitiva de D. João VI faz parte Joaquim de Rocha Mazarém, que vem para o Brasil com o encargo de ensinar anatomia no Hospital Militar do Rio de Janeiro. Um ano mais tarde, passa a ensinar sobre ligaduras, cirurgia e partos. É considerado o primeiro professor da especialidade no Rio de Janeiro, tendo retornado a Portugal com D. João VI (Magalhães, 1922).

Obstetrícia e cirurgia caminham juntas até 1823, quando são separadas por um decreto. A Obstetrícia começa a se firmar com a criação da cadeira de Partos nas Academias Médicas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, transformadas em Faculdades de Medicina em 1832. As aulas são dadas de forma teórica durante aproximadamente 50 anos até a época do Conselheiro e Barão de Itapoan, que introduziu o conhecimento prático aos alunos, na Bahia (Magalhães, 1922).

Também no ano de 1832, inicia-se um curso para mulheres parteiras, com a concessão de um certificado dado pelos médicos. Nessa época, chegam ao Brasil parteiras francesas com novas técnicas e prescrições, adquirindo uma posição diferenciada para as mulheres da época (Santos Filho, 1991). Entretanto, são poucas as senhoras que buscam o médico para atendê-las no parto; quando o fazem, é geralmente por ostentação de uma condição social ou em casos mais complicados. Nas primeiras maternidades surgidas no Rio de Janeiro, as parteiras são chamadas a trabalhar, mas já sob a autoridade do médico.

Ao final do século XIX, em 1881, como resultado das reformas da Faculdade de Medicina, surge a nova cátedra de Clínica Obstétrica e Ginecológica (Magalhães, 1922), continuando até 1911, quando as duas especialidades se separam: a Ginecologia deixa de ser uma extensão da Obstetrícia e da Cirurgia para se constituir como especialidade independente (Rohden, 2001).

Conforme comentado por Martins (1994), Manente define o campo cirúrgico como mais intervencionista, de duração limitada no tempo, com procedimentos mais padronizados; enquanto o campo clínico é descrito como abarcando práticas mais flexíveis e menos padronizado, onde o paciente é mais ativo e a relação com o médico tende a acontecer durante um período de tempo maior.

Nos depoimentos, o perfil do médico que escolhe Obstetrícia/Ginecologia é definido como sendo o de pessoas mais voltadas para a resolução de problemas, impacientes e práticas, com pouco interesse por aspectos mais profundos e abstratos da vida, e com um conteúdo de agressividade comum às outras especialidades cirúrgicas, que permite a realização de atos invasivos nos pacientes. Essa descrição coincide em grande parte com o perfil dos cirurgiões que aparecem em estudos sobre tipificação psicológica de diversas especialidades, citados por Martins (1994). Mas tanto a Obstetrícia quanto a Ginecologia têm uma atividade clínica importante, que exige do médico certas habilidades específicas.

Desde muito cedo, ainda na faculdade, é possível perceber, segundo os residentes, o delineamento das escolhas: quem tem perfil clínico e quem tem perfil cirúrgico. As tendências aparecem, emergem de modo flagrante. Entre os sete entrevistados, apenas um deles, Beatriz, identifica-se como clínica, priorizando atitudes de delicadeza e pudor no atendimento à mulher, por estar lidando com partes do corpo que envolvem sentimentos de vergonha. Os outros seis percebem-se mais cirúrgicos, alguns reconhecendo a necessidade de desenvolver mais o que seriam características de clínico, como paciência, disponibilidade para ouvir e capacidade educativa, por envolver procedimentos que são de cunho preventivo; outros parecem “interpretar” essas características, isto é, por sabê-las importantes, preocupam-se em comportar-se de determinada maneira, fazer certas perguntas, não usar determinadas palavras que podem estigmatizar (como, por exemplo, a substituição do termo esterilidade por infertilidade primária ou secundária), mostrar interesse, mas que é mais uma formalidade aprendida como “politicamente correta” do que algo espontâneo.

A antropóloga Joan Cassell (2004), que realizou estudos, primeiro com cirurgiões em geral e depois com mulheres cirurgiãs, descreve a cirurgia como uma especialidade marcial, invasiva, estereotipada como masculina, onde seus praticantes se apresentam como temperamentais, com potencial de comando, competitivos, apreciadores de desafios e que só acham interessante, numa sala de cirurgia, situações onde eles possam atuar. Apesar de a autora excluir os médicos obstetras/ginecologistas, por seguirem um programa independente de formação, os resultados se assemelham aos encontrados nas entrevistas com os residentes do IFF neste estudo. O treinamento em Obstetrícia/Ginecologia não é comum aos que escolhem residência em cirurgia, entretanto, eles identificam a especialidade como cirúrgica e a si mesmos como apresentando

características comuns àquele grupo, além de uma afinidade com esse tipo de procedimento.

"As pessoas que fazem GO têm um perfil de mais objetividade, essa coisa da parte cirúrgica [que] pesa." (Eliane)

"Pessoas com características mais agressivas, [que gostam] de resolver imediatamente a coisa [e] não ter que lidar com coisas crônicas, que ficam, que não consegue ter muita felicidade." (Mariana)

Cassell (*op.cit.*) refere-se à tradição em cirurgia de utilizar a exposição pública do erro, chegando à humilhação, para o aprendizado. No seu estudo, pôde observar que as mulheres em situação de liderança têm a tendência a trazer características tidas como femininas, como sensibilidade, afeição e compaixão para o trabalho em cirurgia, com os aprendizes e a equipe em geral. Em contrapartida, um modelo tido como masculino exacerbaria características de hostilidade e tensão nas relações e no ambiente em geral.

Os residentes apontam diferenças semelhantes, mas em relação à Obstetrícia, como o modelo feminino, e à Ginecologia, como o modelo masculino, salientando que este último é sentido como mais tenso, onde cada um existe não como indivíduo, mas como parte de um grupo transitório, que não deixa "marcas" pessoais.

Ainda segundo a autora, a atividade cirúrgica envolve os corpos da paciente e dos profissionais, em especial o do médico, cuja habilidade é desenvolvida primordialmente na repetição constante dos procedimentos. Existe uma coreografia corporal no ritual cirúrgico, que envolve desde a preparação dos profissionais com a vestimenta e a assepsia até o seu posicionamento na sala de cirurgia. As próprias condições da cirurgia, como o tempo gasto no procedimento que faz o médico ficar horas sem comer, sem descansar ou mesmo dormir, moldam o corpo do profissional, tornando-o capaz de suportá-las com menos esforço.

No caso da Obstetrícia/Ginecologia, os procedimentos cirúrgicos não se encontram entre os mais longos, ponto importante para vários depoentes, que não se incomodam em passar o dia operando, mas que se consideram por demais impacientes para despender mais do que quatro ou cinco horas numa mesma intervenção.

A habilidade manual é valorizada, sendo por isso tão importante a contabilização do número de cirurgias praticadas durante a Residência, um dos fatores decisivos na escolha da instituição. No IFF, onde o volume de cirurgias é baixo em comparação com

outros hospitais, os residentes se ressentem da falta de oportunidade de praticar certos procedimentos que conhecem apenas teoricamente:

“A gente sabe os tempos da cirurgia, sabe a teoria, mas não tem mão, não tem prática para encarar aquilo.” (Eliane)

Certas áreas cirúrgicas são ainda quase que vetadas para as mulheres, como a ortopedia e a neurocirurgia, sendo explicado pelos entrevistados como uma questão de força física no caso da ortopedia ou, no caso da neurocirurgia, cujos procedimentos tendem a ser mais longos, de resistência para permanecer muitas horas em pé, dificuldade a ser enfrentada especialmente quando grávidas. Contudo, esse veto parece estar associado não apenas a valores culturais que estabelecem diferenças entre homens e mulheres, construídas ou negociadas socialmente, mas valores que são vivenciados e inculcados corporalmente desde muito cedo (Cassell, 2000), que identificam a mulher como mais frágil física e emocionalmente que o homem e, portanto, mais suscetível e descontrolável.

Questionados sobre diferenças de olhar entre médicos e médicas ginecologistas/obstetras, a tendência inicial é não perceber nenhuma; as características que prevalecem em ambos os sexos são o caráter informativo e o não julgamento. No momento posterior, começam a aparecer diferenças entre homens e mulheres em geral, mas que indiciariamente, percebe-se, vão estar presentes nesse olhar específico.

A mulher é revestida de características como delicadeza, capacidade de escuta, percepção aguçada para captar sutilezas da paciente que extrapolam o campo fisiológico e adentram o psicológico, facilitando a relação; o homem é apontado como mais racional e menos sensível, voltado à ação mais do que às palavras. Mas também surgem comentários sobre o médico homem ser capaz de entender melhor a paciente porque, ao não vivenciar os mesmos processos que ela, é capaz de dar importância ao que ela sente. Em contrapartida, a mulher, por passar pelos mesmos fenômenos, como menstruação e cólicas, por exemplo, não valoriza o que individualmente pode ser difícil ou desagradável.

A própria escolha da especialidade é apontada por Eliane como sendo uma *“questão de identificação de gênero”*, onde a Obstetrícia/Ginecologia aparecem, junto com a Pediatria, como especialidades mais escolhidas por mulheres por envolverem um acompanhamento que as difere de outras especialidades cirúrgicas cujas solicitações são mais específicas e objetivas.

Percepções semelhantes são registradas por Cassell (2000): seus entrevistados não apontam diferenças significativas entre homens e mulheres cirurgiões, mas identificam características em ambos que estabelecem padrões diferentes que contrastam o cuidado ao paciente do cuidado apenas ao corpo do paciente. São características vinculadas à forma de cuidar, como afeto, preocupação, abertura à experiência, que estimulam o desenvolvimento do outro, que fazem a diferença, estejam elas presentes em homens ou mulheres.

José fala sobre uma tendência de escolha das pacientes por médica mulher para a clínica ou parto normal e do homem para a cirurgia, por uma questão de confiança, que soa como resquício de uma arte cirúrgica pouco valorizada dentro da medicina e extremamente sangrenta, que exigia do médico um "temperamento firme" para suportar as intervenções. A cirurgia evoluiu, mas o padrão cristalizado masculino, que identifica o cirurgião com um rótulo de dureza e frieza, sem vida pessoal (Cassell, 2000), capaz de lutar contra a morte e a doença, intervir ativamente e combater o erro, sem perder o controle, parece permanecer.

"[Para a] cirurgia, acha-se que o homem tem mais experiência, mais "sangue frio". O homem nessas horas de estresse, numa coisa inesperada, às vezes se comporta melhor. Mas [não é] questão de habilidade, é [o] comportamento frente a uma situação adversa".
(José)

Em tom de brincadeira, Gustavo se refere à necessidade de entender a mulher, como sendo uma característica importante do perfil do médico que escolhe Ginecologia e Obstetrícia, mas que não é isso que acontece. Segundo ele, ninguém consegue esse entendimento. Depois, corrige-se, explica-se, dizendo que esse "entendimento" não caberia ao médico, mas sim ao companheiro dessa mulher, e passa a discorrer sobre os "tipos" de mulheres que se apresentam como pacientes: as complicadas, as simples, as que gostam de fazer drama, as que são fortes, guerreiras, que enfrentam as dificuldades. Tem-se a impressão de que a mulher está envolta num halo de mistério, apesar de ter o interior do seu corpo devidamente "mapeado", e que no atendimento, tanto médicos quanto médicas percebem um hiato entre eles e a mulher, que não é transposto, sendo necessário lançar mão de rótulos, com os quais se relacionam.

É importante salientar que esses valores estão enraizados tanto nos médicos quanto nas pacientes, não só em termos racionais e conscientes, mas também no corpo, que reage em correspondência às suas percepções, acalmando-se ou atemorizando-se, e

que cobra que os outros se comportem de acordo a padrões pré-estabelecidos; assim, a paciente também se relaciona com estereótipos de médicos, esperando dele atitudes de acordo com suas expectativas e valores.

Com relação à imprevisibilidade, as duas áreas se diferenciam, e da mesma forma os profissionais, pois alguns preferem a Obstetrícia pelo seu caráter emergencial, enquanto outros preferem a Ginecologia por não envolver a demanda, a sobrecarga da primeira, que “*lida com duas vidas nas mãos*” (Beatriz), e a cobrança que surge quando algo não tem o desfecho esperado, por ser uma especialidade que, na grande maioria dos casos, lida com prevenção e não com a doença.

O ingresso da mulher na Obstetrícia e na Ginecologia, após o período das parteiras, se por um lado significou uma exigência de masculinização da mulher por ingressar em uma profissão, até então, exclusivamente masculina, posteriormente, mostrou-se adequada por serem mulheres tratando mulheres, diminuindo com isso, certo desconforto pelos tabus relativos ao contato com o corpo feminino (Rohden, 2001). Hoje, a crescente presença de mulheres na Medicina tem provocado mudanças no quadro das universidades, dando sinais de que está se tornando uma profissão igualmente de homens e mulheres.¹⁸

O aluno e o profissional nem sempre convivem de forma harmoniosa. Como aluno, o residente está num momento de intenso aprendizado sobre a especialidade que escolheu. O choque inicial com o outro, em seu sofrimento, em seu corpo, foi deixado para trás, na graduação. O que o impacta agora é o peso da responsabilidade por suas condutas, expresso no significado de colocar o seu carimbo num prontuário ou numa prescrição, definindo-o como profissional.

Contudo, não existe ainda a liberdade correspondente a essa responsabilidade; muitas vezes, eles se deparam com situações onde lhes é mandado executar algo com o qual não concordam, assinar e carimbar. Muitos questionamentos são sentidos pelo *staff* como confrontações, e pelos residentes, como cerceamento de seu direito de opinar.

As cobranças se alternam entre o aluno e o profissional, em alguns momentos, de forma considerada desmedida:

"Principalmente no R2, rola uns estresses desmedidos. É óbvio que a gente também tem as nossas falhas, não é? Assim como a Residência..."

¹⁸ Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), órgão do Ministério da Educação, pelo Censo da Educação Superior 2003, 56% dos ingressos no ensino superior são mulheres. O Globo, 10 de novembro de 2004.

Todo mundo tem suas falhas, mas a coisa toma um rumo, uma repercussão que não é para ter, quando acontece alguma coisa de errado. E muito por conta dessa [o]posição residente – staff. 'Eu mando, você obedece'." (Eliane)

Nesse sentido, a Obstetrícia é vista como mais acolhedora, mais familiar, que respeita mais a inexperiência do residente, porque tem no seu funcionamento uma metáfora da própria gestação. Enquanto a Ginecologia é vista como mais fria, em alguns momentos mais autoritária, sentida como um “*cair no mundo*” (Manoela), talvez não dando oportunidade para as idas e vindas do amadurecimento do médico pouco experiente, que são características de todo processo iniciatório, do qual a residência é um exemplo.

"O relacionamento na Obstetrícia, eu acho que é mais acolhedor. A gente se sente melhor na maternidade." (Manoela)

"Na Ginecologia o contato é mais impessoal". (José)

"No saldo, a Obstetrícia foi melhor, não por qualidade técnica, mas porque o relacionamento é muito difícil aqui [na Ginecologia]." (Eliane)

A sociedade ocidental moderna encontra-se ancorada no modelo de normalidade, associada à beleza, perfeição e produtividade (Martins et. al., 2004). O que não se encaixa dentro desses padrões, apresenta-se como estranho, diferente, tocando na estranheza e na imperfeição de cada um (Amaral, 1994).

Para Gambini (2000), a partir da perspectiva junguiana, o estranho aparece como sombra, obscuridade, e justamente por ser desconhecido, serve como espelho. Mas se é espelho, mostra o que está diante dele, logo, aspectos inconscientes daquele que vê, suas imperfeições, limitações, e também qualidades (Von Franz, 1964), mas que tiveram seu acesso à consciência bloqueado, e se encontram não explicitados, por representarem uma ameaça, um perigo, um risco. *"O que se vê não é o que está lá, mas espelhos desdobrados de quem olha"* (Gambini, 1994:336).

De acordo com Canguilhem (2002), normal e anormal não são de mesma natureza: o normal refere-se à capacidade de adaptação às flutuações do meio em que se vive; o anormal implica em uma norma diferente, e não em ausência de norma. Ser sadio significa ser flexível, ser capaz de criar normas diferentes para enfrentar situações

novas. A situação de doença reduz essa flexibilidade e o que a caracteriza é uma perda da capacidade normativa, uma diminuição dos limites de tolerância às instabilidades do meio.

O estado patológico é um tipo de normal, diferente porém, do estado fisiológico. O limite entre um e outro é muito impreciso, quando se fala de pessoas diferentes, mas fácil de ser percebido em se tratando de uma mesma pessoa. É a partir dela, e não da apreciação médica, que surge a percepção de que esse limite foi ultrapassado, quando se vê impedida de seguir o curso de sua vida da forma como o fazia antes. Assim, o sentir-se doente adquire uma conotação de valor negativo, de indesejável, de desvalorização social. Dentro deste referencial, a vida é irreversível, isto é, a cura não possibilita uma volta às condições anteriores à doença, mas a obtenção de uma nova norma de vida, que pode inclusive ser mais adequada (Canguilhem, *op.cit.*).

Tanto a Obstetrícia quanto a Ginecologia estão envoltas nesse padrão de normalidade, caracterizando-as como especialidades associadas mais à vida do que à doença e, de forma implícita, à morte, e que em geral, tratam de situações pontuais, que são resolvidas ou com tratamento, ou com uma intervenção mais invasiva por parte do médico, mas que também é pontual, com previsão de solução em curto prazo: a cirurgia.

"Tem esse lado de você ter coisas mais leves; a obstetrícia é bonita, é uma coisa que não é uma doença em geral. Eu acho que tem a parte complicada, mas em 90% das vezes é legal, é uma coisa bonita, é uma coisa que dá certo, não é uma doença, é vida. E a ginecologia também. Até tem o câncer, o lado mais pesado, mais crônico. Mas tem muita coisa que você consegue resolver bem, problemas pequenos."
(Mariana)

Na Obstetrícia, esse padrão mostra-se de forma acentuada no desejo de que a experiência de dar à luz a uma criança seja uma experiência exclusivamente agradável, envolta em fantasias pessoais e sociais de felicidade, beleza e perfeição, conforme comenta Eliane:

"Ser mãe é de uma hora para outra ter o bebê Johnson nos seus braços. Eu acho que tem a ver com o caminho cultural que a sociedade como um todo está tomando. As coisas têm que ser perfeitas. Em obstetrícia, [entre as] especialidades, é a pior, em termos de cobrança, porque obstetrícia não [lida com] doença, é um momento feliz".

O nascimento do “bebê perfeito” corresponde em outro aspecto, ao modelo de linha de montagem de produção de bens, onde o produto do nascimento é o bebê e a mãe assume uma posição secundária nesse processo. Esse bebê-produto é possível devido a todo um aparato tecnológico de monitoramento capaz de “garantir sua qualidade” (Dumit e Davis-Floyd, 1998).

Mas a Obstetrícia do IFF está intrinsecamente ligada ao estranho, pelo tipo de clientela que atende. Dar à luz a uma criança "anormal", significa enfrentar a personificação da estranheza, do monstruoso, que existe na fantasia de cada pessoa, e não alguém que pode estar inserido em uma norma vital diferente. Envolve sentimentos de frustração e impotência por parte dos médicos, relacionados ao estabelecimento do diagnóstico e das possibilidades de cura (Martins et. al., 2004).

Esse primeiro contato com os casos gera grande angústia nos residentes, que têm que aprender qual a melhor forma de lidar com esse impacto. Alguns vão negá-lo, outros vão priorizar a compensação advinda do estudo de casos "raros e graves", mas, em especial no caso das mulheres, a identificação acontece inevitavelmente, dando margem a reflexões sobre ser mãe e suas angústias quanto à possibilidade de gerar uma criança semelhante, algo que está além de seu conhecimento e controle. Nas palavras de Mariana:

“Essa parte foi a que mais me incomodou: ver as aberrações que um ser humano é capaz de fazer; uma coisa que é genética ou não, mas é uma coisa totalmente inexplicável às vezes, que você tem que estar ali e resolver, mas que você não vai resolver”.

O estranho não necessariamente designa uma anomalia, isto é, uma variação individual que diferencia o indivíduo de outros seres de sua espécie, seja ela apenas diversidade, ou patológica, como nas deformidades nocivas à vida (Canguilhem, 2002); ela pode significar o contato com alguém que segue valores e visões de mundo diferentes, entre os quais se situa a mulher homossexual, ou a que lida com seu corpo de forma diversa à do médico, ou mesmo à da equipe de saúde.

Em medicina da reprodução, aquilo que se pode chamar de “desejo de ter filhos” é entendido, numa acepção muito próxima do senso comum, como algo consciente e equivalente à vontade, que move os indivíduos em suas decisões e seus atos. Todavia, mais do que desejada, essa criança torna-se necessária, pois sem ela a família ou a mulher tornam-se incapazes, fracassados, sendo alvo de vergonha. A necessidade é a

forma de criar uma demanda à medicina, que reforça o mito da solução do problema pela sua ação reguladora (Côrrea, 2001).

A fertilidade é tida como “normal” e socialmente desejável, enquanto a infertilidade é vista como anormalidade, como estranho, devendo ser medicalizada, numa tentativa de adequação à norma, muito mais em termos sociais do que biológicos, visto que a reprodução assistida não “cura” a infertilidade, apenas a contorna (Côrrea, *op.cit.*).

A medicalização da reprodução segue a mesma linha da intervenção que ocorre na gravidez e no parto, sendo que os dois últimos se inserem mais dentro de um quadro de normalização do que o primeiro (Becker, 1994 *apud* Côrrea, *op.cit.*).

No Instituto Fernandes Figueira, os procedimentos de reprodução assistida não são realizados e as opiniões dos residentes variam com relação a eles. Alguns se mostram bastante favoráveis, por caracterizarem uma possibilidade de “solução” para as mulheres que não podem ter filhos, considerando esse desejo como essencial e unânime entre as mulheres (e homens). Outros são mais reticentes; vêem as novas conquistas, mas questionam um pouco o rumo que o assunto está tomando, no sentido de estimular o “*mover montanhas fazendo tratamentos*” (Manoela), e gerar expectativas de solução rápida e simples.

A dificuldade em se discutir aspectos relacionados ao aborto, uma das facetas do estranho, ou até de realizá-lo, em casos autorizados pela lei, é trazida por todos os residentes. Surgem posicionamentos que diferenciam a opinião do profissional e a opinião da pessoa do médico. Quando é o profissional que fala, os argumentos a favor ou contra são claros e objetivos; quando é a pessoa, o mais comum é não ter uma opinião bem definida. Algumas situações são justificadas, como no caso de malformações incompatíveis com a vida, mas outras não, como no caso de bebês saudáveis.

A possibilidade de escolha pela mulher não aparece com alternativa possível, a não ser nos casos com indicação médica. Ademais dos elementos morais, religiosos, legais e médicos, um dos aspectos que pode estar envolvido relaciona-se à idéia do aborto como negação do aspecto nutriz e cuidador da mulher e da família. Aceitá-lo significaria questionar esses conceitos.

O aconselhamento genético, com suas técnicas, é uma forma de lidar com o estranho, com o que é considerado anormal. É visto pelos entrevistados, por um lado, como importante fonte de informação sobre e para a paciente, apesar dos riscos

inerentes a determinados procedimentos como a amniocentese; mas por outro, envolve perigos como os determinismos reducionistas ou o de transformar os riscos genéticos em fetiche ou dogma (Cardoso e Castiel, 2003). É questionado por eles o encaminhamento de determinadas informações que são obtidas, uma vez que nem sempre são possíveis soluções, seja porque não há o que fazer para modificar o quadro e o prognóstico, seja pela impossibilidade dos abortos terapêuticos.

Uma das dificuldades do homem é não conseguir se deparar com o que não pode controlar, seja ao nível técnico, simbólico ou teórico. A cultura se apresenta como um código estruturante de lei e ordem, e tudo o que aparece como insólito, estranho, fora das normas, de alguma maneira interposto entre algo que é próximo e conhecido e algo que é distante e desconhecido representa uma fonte de perigo. A doença é temida por se caracterizar como um estado intermediário entre vida e morte (Rodrigues, 1983).

O padrão de normalidade está relacionado ao número crescente de cesáreas que são praticadas tanto por opção do profissional quanto da paciente, com vistas a diminuir os riscos e tornar o procedimento mais controlável pelos médicos, coerente com uma atuação mais defensiva na Medicina, além de permitir a eliminação da dor, pois *"a dor não está dentro da perfeição"*. (Eliane).

A cesárea é *"um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto"* (Barbosa et. al., 2003: 1612), e como tal, não está isento de riscos. Dados do BEMFAM de 1997 apontam um crescimento desse tipo de parto, que chega a 36% em termos nacionais, com diferenças entre municípios, estados, áreas urbanas e rurais. O índice máximo considerado adequado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo dados de 1996, é de 15% (*op.cit.*)

A alta taxa de cesáreas deve-se também a outros fatores, além da diminuição dos riscos e da dor, conforme comentado: a) a uma maior racionalização do tempo do médico, de forma que a espera que precede o trabalho de parto deixa de interferir na sua rotina de trabalho; b) à intenção da paciente de submeter-se à esterilização cirúrgica, durante a cesárea, o que não é permitido no serviço público no ciclo gravídico-puerperal; c) a controvérsias com relação a formas de pagamento do procedimento e do não pagamento da anestesia peridural em partos vaginais pelo SUS; d) e até a questões de segurança bastante atuais, que levam o médico a evitar determinados lugares em horas de pouco movimento.

Algumas pesquisas evocam uma correlação entre o aumento de técnicas de monitoramento fetal, que permitem o diagnóstico de sofrimento ou de qualquer outra anormalidade, e a crescente indicação precoce do parto cesáreo, em nome, muitas vezes, da prevenção (Petchesky, 1997).

A Medicina tem se tornado um negócio mais do que um ofício, concordam todos. Ainda existe no imaginário social a noção de que o médico realiza um trabalho que não deveria ser cobrado. Para os entrevistados a realidade da profissão hoje, para quem está começando, e falam isso com bastante decepção, é ganhar pouco, trabalhar muito e não ter reconhecimento. Começar com uma atividade de consultório é difícil; não são todos que podem se aventurar nesse momento, não só em termos de clientela, mas devido também à insegurança do trabalho solitário. A oportunidade de integrar uma equipe com outros profissionais mais experientes que possam dar orientação é bem vista, sendo percebida como uma forma de ganhar confiança paulatinamente. Os concursos para os hospitais públicos são outra porta de entrada no mercado, agora que deixam a segurança da Residência.

Torna-se negócio também pela questão dos planos de saúde que ditam regras em áreas que tocam a responsabilidade ética do médico, como salienta Gustavo ao falar do atendimento em hospitais, em situações graves, onde o plano não cobre determinado procedimento. O que fazer? Respeitar as normas administrativas e colocar em risco o registro no CRM ou seguir o que manda a ética médica? Essa é uma questão que para eles permanece aberta, sem resposta.

O saldo final da Residência aparece como positivo, apesar das reclamações quanto à falta de mais parte prática ou de mais parte teórica, dependendo do médico, dos casos difíceis e angustiantes da Obstetrícia, das exigências da Ginecologia, dos eventuais problemas de relacionamento. Todos reconhecem a bagagem adquirida nos dois anos da Residência e se reconhecem como capazes de enfrentar situações fora do ambiente protegido do IFF, apesar dos receios. Percebem que não sabem tudo, que há muito ainda por aprender, mas é como se o treinamento pelo qual passaram tivesse fornecido ferramentas para continuar o processo de aperfeiçoamento.

d) Mulher, medicina e tecnologia

Em nossa cultura, masculino e feminino foram reduzidos a estereótipos de homem e mulher, fixando atributos e cristalizando comportamentos. Por outro lado, eles

podem ser entendidos, em termos psicológicos arquetípicos, como sendo temas presentes nas diversas mitologias humanas, como por exemplo, nas representações dos deuses gregos, entendidos como expressão do feminino e do masculino, ou ainda, na filosofia chinesa, onde aparecem sob a forma de yin (feminino) e yang (masculino).

De acordo com esse enfoque, é possível fazer uma vinculação de seus significados com aspectos biológicos, atribuindo ao masculino, e não exclusivamente ao homem, elementos como atividade, agressividade, competição, linearidade, luminosidade e intelecto; e ao feminino, e não exclusivamente à mulher, a receptividade, a passividade, o cuidado, a maternagem, o cíclico, o obscuro e o abissal, entre outros, todos eles presentes e necessários à psique humana. Tal forma de entendimento também é fruto de uma construção cultural e como tal constitui uma perspectiva parcial e limitada.

Para Jung (2000), esses temas se manifestam empiricamente em homens e mulheres, sob diferentes formas, através da *anima* e do *animus*¹⁹ e só se apresentam como exclusivos devido a padrões psicológicos cristalizados. Entretanto, ao serem reduzidos e igualados a homem e mulher, ganharam uma roupagem de juízo de valor, tornando-se não apenas diferentes, mas atributos desejáveis ou indesejáveis, superiores ou inferiores e corporalmente localizados, passando a ser usados como justificativas para a submissão da mulher e sua exclusão de outros domínios que não o familiar.

Os trabalhos que abordam a questão de gênero e suas conexões com sexualidade e corpo e que se referem às diferenças entre homem e mulher não costumam coadunar com o entendimento de masculino e feminino como temas mais amplos; voltam-se para as implicações valorativas que tais conceitos adquirem quando já localizados em corpos de homens e mulheres, e para a discussão da naturalização/construção de suas diferenças. As práticas sexuais e as representações mentais que as pessoas constroem sobre elas mudam continuamente e estão profundamente imbricadas às mudanças políticas, econômicas e sociais (Di Leonardo e Lancaster, 1997).

Sob essa perspectiva, são várias as vertentes desenvolvidas por biólogos, antropólogos, sociólogos, historiadores e cientistas políticos para estudar o assunto: uma delas enfatiza a marcação das diferenças em termos biológicos, sejam elas morfológicas,

¹⁹ Anima: “é a personificação de todas as tendências psicológicas femininas na psique do homem” (Von Franz, 1996:177).

Animus: “personificação masculina no inconsciente da mulher” (Von Franz, *op.cit.*:189).

Para aprofundar mais essa questão, ver Jung, CG. Símbolos da Transformação. Vol. 5 das Obras Completas. Petrópolis: Vozes; 1986 e O homem e seus símbolos (Referências Bibliográficas).

neuronal, hormonal ou genéticas. Neste tipo de abordagem funcionalista, em que prevalece certo determinismo, o homem possui naturalmente um temperamento caçador, competitivo, de luta, enquanto a mulher apresenta-se naturalmente cuidadora e cooperativa; ela é aprisionada numa função reprodutiva biológica, enquanto ele se torna o agente dos processos sociais (Collier et. al., 1997).

Uma outra vertente entende gênero não como algo inato, mas como um conceito relacional, construído socialmente, que pode ser negociado, sofrendo alterações e resistências. Esses enfoques privilegiam a polaridade que cria categorias separadas como natureza/cultura, sexo/gênero. Alguns autores defendem concepções que apontam o modelo social, baseado na heterossexualidade como compulsória, como um fator decisivo para a opressão da mulher pelo homem (Haraway, 1991).

Outra forma de entendimento argumenta que existe algo na concepção de gênero que vai além de idéias e conceitos abstratos, da interação entre as pessoas, e que está impregnado no corpo. Cassell (2000) utiliza-se do conceito dialético de *habitus* de Bourdieu, como uma "*estrutura social corporificada*" (p. 39) que estabelece formas de percepção e gera práticas e representações. É mais do que pensamento racional; é parte constitutiva da pessoa, e vai estar alicerçada nas ações e reações do seu corpo. "*O habitus molda o corpo; ao mesmo tempo, o corpo expressa o habitus*" (p. 39). O que é assimilado dessa forma independe das palavras e acontece muito precocemente; ganha significado e valores. Permite que o corpo de uma pessoa perceba o corpo de outra, ainda que de forma intuitiva e sem conseguir traduzir em palavras, determinando padrões de comportamento e formas de agir, reagir e julgar.

A discussão sobre gênero é bastante complexa e envolve várias áreas de conhecimento que vão produzir olhares diferentes e parciais sobre o assunto. Não é intenção deste trabalho discutir esta questão tão amplamente, mas no âmbito específico da Medicina, como uma ferramenta a mais para a compreensão dos vieses que afetam a construção do discurso sobre a mulher.

Trazer a discussão de gênero para dentro da Medicina significa mais do que simplesmente identificar quais especialidades são mais procuradas por homens ou por mulheres. Trata-se de perceber quais os alicerces das diferenças sexuais e de gênero no contexto da Obstetrícia e da Ginecologia, aqui representado pelos residentes, e de que forma elas estão presentes no olhar sobre a paciente e as repercussões que podem suscitar nos atendimentos.

Ao serem perguntados sobre como a mulher é vista socialmente nos dias atuais, todos os entrevistados apontam para uma conquista muito grande em termos de espaço, de realização, de liberdade e de autonomia, mas que é permeada por padrões antigos conflitantes com essa nova posição que aparecem de forma mais ou menos implícita, e que correspondem a uma mulher ainda reticente diante de certas responsabilidades, presa a um único papel predominante.

"[Elas] cobraram muita coisa, tiveram grandes melhorias. Às vezes querem se igualar ao homem, mas na hora que dão responsabilidade [não querem assumir]." (José)

Os modelos tradicionais de homem e mulher, com distribuição sexual de tarefas prevalecem como inerentes à condição humana. As conquistas alcançadas pela mulher tiveram sabor de somatório, pois continuou cabendo a ela a responsabilidade da casa e a educação dos filhos, mesmo em situações onde essas tarefas podem ser negociadas.

Percebe-se que a mulher ainda é vista como o centro da família, responsável por sua organização, fundamentalmente mãe e nutriz.

"Mesmo nas famílias que o homem é presente, se prontifica a participar, a dividir, eu acho que a mulher ainda tem esse peso de ser mãe, mulher, e trabalhar. E de ser meio que o pára-raio, o centro da família, aquela coisa do seio. Eu acho que ainda é assim, a coisa da mãe." (Eliane)

A preponderância desse papel corresponde a uma visão de família como instituição universal, cuja unidade é composta por pai, mãe e filhos, ou apenas por mãe e filhos. Fonte natural de nutrição, cabe à família preencher as necessidades humanas de sobrevivência, como alimentação, vestuário e abrigo, e as necessidades psicológicas de relação, que inclui afeto, cooperação e estabilidade. Possui limites claros, o que possibilita uma diferenciação de outras unidades, demarcação espacial de lar, e a manutenção de vínculos emocionais entre si (Collier et. al., 1997).

Essa definição de família emerge junto com o Estado Moderno, sendo coerente com a dicotomia público/privado, que reforça as polaridades: impessoal/pessoal, trabalho/lazer, consumo/produção e que cria uma zona denominada "vida pessoal", à qual se conecta a identidade sexual e que, supostamente, localiza a sexualidade como algo exclusivo do indivíduo (Ross e Rapp, 1997).

Barthes (2001) em seu livro *Mitologias*, dedica-se a estudar os mitos contemporâneos presentes na sociedade burguesa francesa. E o faz a partir de uma perspectiva onde não existe uma dicotomia entre a "*objetividade do cientista e a subjetividade do escritor*" (p. 8). Define o mito como uma linguagem, uma mensagem, uma fala, não necessariamente oral. Ele é um "*modo de significação, uma forma*" (p. 131) que tem contornos históricos. Para o autor, tudo é passível de ser transformado em mito, desde que enunciado por um discurso.

O mito apresenta-se como uma fala despolitizada²⁰, que despoja o objeto de toda a sua história. A eficácia do mito é a naturalização da fala; significa transformar algo que é contextualizado, em universal. O que existe é apenas uma constatação, sem questionamento. Dentro desse contexto, aponta o uso dos mitos como um artifício da burguesia, que é incapaz de considerar o outro, ignorando-o ou transformando-o num mesmo.

Ao se referir à mulher como grande mãe, o que se observa é a presença de um mito, que eliminou todo o caráter histórico dessa imagem, tornando-a eterna. Nesse sentido, apesar de Barthes situar seu estudo num contexto histórico específico, é possível notar semelhanças entre esse enfoque e a situação da mulher que é atendida hoje em um hospital terciário por médicos residentes e que é vista essencialmente como mãe.

Ser mãe é também o aspecto principal da natureza da mulher, conforme compreendida por Jacobi (1886 *apud* Laqueur, 1997) no século XIX, sendo o funcionamento fisiológico de ovulação e menstruação entendido como um processo silencioso de nutrição. É a partir das descobertas sobre a reprodução que se estabelece a diferença sexual da mulher.

Para Jacobi (*op.cit.*), o corpo e sua função reprodutiva são separados da mente, que se encontra desvinculada deste papel, sem ser afetada por ele. A intenção de Laqueur ao discutir este e outros trabalhos é de constatar o quanto certas teorias se desenvolveram baseadas não em descobertas científicas, mas em conceitos culturais, expressos nas mais variadas metáforas, como a que expressa a menstruação como um choro do útero pela não geração de um bebê.

O período higienista da Medicina estabelece "mapas de saúde" para guiar a família, inicialmente a burguesa, nas novas formas de convívio, demarcando os espaços

²⁰ O autor usa o termo política como o "*conjunto das relações humanas na sua estrutura real, social, no seu poder de construção do mundo*" (p. 163).

de sociabilidade em vigência a partir de então. Este modelo iguala homem e mulher às figuras de pai e mãe, respectivamente, estabelecendo assim o padrão regulador a ser seguido, nos domínios do que Foucault (2003b) chama de dispositivo da sexualidade. E para fixar esses modelos, ao homem foi realçada a conduta machista, que assegura a sua dominação sobre a mulher; e à mulher, a sua aliança com o poder médico, que circunscreve a sexualidade feminina à estabilidade conjugal e à responsabilidade com os filhos, o que faz surgir a "mulher nervosa", aquela que obtém sua emancipação de pais e padres, para ser orientada pelo médico (Costa, 1999).

A histerização²¹ do corpo da mulher, que fez surgir a categoria de “mulher nervosa” como contraponto à figura da mãe, foi uma estratégia de saber e poder sobre o sexo, que teve como um dos seus dispositivos a exacerbação do conteúdo sexual no corpo da mulher, permitindo sua incorporação ao campo das práticas médicas, como intrinsecamente portador de doença, e o estabelecimento das relações dessa mulher com o social, com a família e com a criação dos filhos através do componente orgânico (Foucault, 2003b).

A mulher utiliza-se do nervosismo, seja oriundo de razões sexuais ou não, para seus interesses; nesse momento utiliza-se do corpo, sob a forma de adoecimento, e do sexo para reclamar seus direitos ou para escapar às exigências familiares impostas pela higiene. O médico mantém a sexualidade feminina sob controle através da sua escuta e de sua medicalização. (Costa, 1999).

Nos depoimentos, essa mulher ainda existe: ela aparece, muitas vezes acompanhada do companheiro ou de parentes, e segundo os residentes, utiliza-se dos seus sintomas, quase como se fosse uma simulação, para obter algo em troca, como por exemplo, atenção por parte da família ou do médico, ou para expressar sua insatisfação sexual e com a vida de modo geral, de uma forma muitas vezes desconhecida até para ela. É vista como aquela que não quer melhorar e que costuma trazer uma queixa após a outra, tornando-se alvo de desqualificação como doente.

“Toda vez ela chega e diz que está muito doente. Principalmente, se vier alguém acompanhando, [pode ser] até uma chantagem. Isso facilita para você saber se ela está fazendo drama ou não”. (Gustavo)

²¹ O termo histeria é usado com base no arcabouço teórico da psicanálise, mas também no uso que foi dado a partir da sua incorporação ao senso comum e ao imaginário popular, descrevendo um padrão de comportamento.

A predominância da função materna cria uma polaridade oposta, que abarca tudo o que se relaciona à sexualidade como exercício desvinculado do ser mãe, e que caracteriza, além do estereótipo da mulher “histérica”, o da mulher “promíscua”.

A situação de mulheres que têm uma vida que pode ser entendida como promíscua aparece entre os residentes como difícil de lidar e envolve uma preocupação com o não julgamento, que implicitamente faz-se presente:

“Não é que a gente trate diferente, mas você [pode] ter um olhar um pouco preconceituoso, às vezes menos cuidadoso com uma paciente que tem uma vida promíscua.” (Eliane)

Aspectos polares tendem a exacerbar comportamentos e a classificá-los como certos ou errados. A mulher que apresenta comportamentos considerados promíscuos reforça a dualidade que contrapõe a mulher-mãe intocável à mulher acessível que, em termos médicos, apresenta-se como risco, o que justifica a preocupação com sua vida sexual, com seus parceiros e com a necessidade de orientação. A informação é tida como o instrumento para lidar com ela e para evitar julgamentos morais.

Fora do âmbito médico, Gustavo aponta esse valor como sendo algo que está inculcado tanto em homens quanto em mulheres e que julga o comportamento do homem que tem uma vida sexual ativa, envolvendo várias mulheres, como aceitável, e o da mulher, nas mesmas condições, como reprovável. A mulher está mais livre em termos de cobrança de desempenho, mas deve falar em tom de segredo do seu contato com o seu corpo, dos seus desejos e dúvidas. Já o homem tem liberdade de agir o sexo, falar sobre essa ação; o contato com o seu corpo é mais livre, pode conhecê-lo, identificar prazeres de forma mais aberta, mas dele é cobrado determinado nível de desempenho, onde fraquejar implica em questionar sua masculinidade.

Segundo Foucault (2003b), a sexualidade foi equiparada a segredo, mas que ao contrário de ser guardado, deveria ser cada vez mais falado em tom de confissão, para se chegar à verdade sobre o sexo. O autor questiona a tese de uma repressão cada vez maior do sexo, para falar de mecanismos geradores de poder e de uma vontade de saber, multiplicadores dos discursos sobre sexo. Os artifícios da confissão religiosa foram encampados pelo discurso científico do século XIX e adentraram os consultórios. Do âmbito do pecado e da culpa, passou ao do normal e do patológico, sendo tratado como um campo a ser decifrado, altamente propício aos processos patológicos, e portanto sujeito à intervenção terapêutica ou à normalização. Como segredo, algo obscuro no

indivíduo, nunca é completamente revelado, cabendo ao outro interpretá-lo e oferecê-lo como verdade decifrada.

O reconhecimento do próprio corpo pela burguesia significou a afirmação de sua consciência de classe. O corpo e a sexualidade sadios foram seus trunfos. Só mais tarde é que o proletariado pôde ser dotado de corpo e de sexualidade, quando surgiram conflitos e necessidades que tornaram imperiosas tais preocupações, tornando imprescindível a instauração de mecanismos de vigilância e controle desses corpos (Foucault, 2003b). Isso é sugerido nos depoimentos, quando a preocupação com a informação, para tratar os temas sexuais que envolvem riscos, é considerada a mais premente. Subjacente está a concepção de que a informação permite o conhecimento do corpo, sendo a ferramenta mais adequada para propiciar mudanças de comportamento (Grossman, 1995).

Lidar com pacientes consideradas de risco, que se encontram assintomáticas, implica em outras dificuldades, como adotar medidas preventivas e tomar certos cuidados por estas não se perceberem potencialmente doentes (Castiel, 1996). O mesmo acontece com as adolescentes grávidas atendidas no IFF. A gestação na adolescência é considerada de risco em função de que certas complicações têm maior incidência nesse período. Por não se sentirem doentes e por características próprias da adolescência, como imaturidade para ser mãe nesse momento, elas são consideradas “difíceis” por não adotarem os cuidados considerados necessários e por não considerarem a chegada de um bebê com a responsabilidade devida.

“[Elas] encaram [a gravidez] como brincar de boneca. Eu acho que tem que ter uma orientação maciça em relação a isso e ao parto, porque elas não toleram a dor do parto” (Beatriz)

Nem sempre a gravidez na adolescência é indesejada: muitas vezes assumir o papel de mãe é uma forma de ascensão social dentro da comunidade de origem. José assinala que as adolescentes no IFF são orientadas em termos de informação sobre o ato sexual, sobre formas de contracepção, sobre doenças sexualmente transmissíveis. Mas, reforçando o que foi dito acima, a informação não é o único elemento ativo na prevenção.

Quando se fala em biologia reprodutiva, as imagens evocadas expressam a noção de um corpo organizado espacial e temporalmente em termos de uma produção de massa, característica da indústria baseada no modelo Ford, onde o cérebro, localizado no

topo de uma hierarquia em forma de pirâmide, comanda os demais órgãos. Nessas imagens estão presentes os resultados dessa produção: esperma, óvulo, bebê, e também os seus resíduos – a menstruação –, e a possibilidade de falência do sistema – a menopausa (Martin, 1997).

À medida que o modelo fordista de produção começa a sofrer transformações em direção a uma produção flexível, ocorre concomitantemente uma alteração do repertório de imagens a respeito do corpo, coerente com o novo modelo.

Os estudos sobre imunologia evocam a forma de produção baseada em sistemas flexíveis intercomunicados. O corpo é visto como *“texto codificado, organizado como um sistema estruturado de comunicações, ordenado por uma rede de comando-controle-inteligência que é fluida e distribuída”* (Haraway, 1991:211), onde especificidade, flexibilidade e *stress*, visto como elemento necessário às adaptações constantes, são aspectos importantes do processo produtivo (Martin, 1997).

A concepção de corpo como rede organizada esvazia a noção dual que permeia diversos trabalhos ligados à psicologia médica, onde a visão orgânica limitada é trocada por uma visão psicológica também limitada. Essa dicotomia fica clara nas entrevistas, quando ao se falar sobre aspectos e influências culturais presentes na ciência e na medicina, a leitura feita pela maioria dos entrevistados igualava influências culturais a influências psicológicas, seja no adoecer, seja no entendimento da paciente.

De acordo com Haraway (1991), o sistema imunológico se apresenta não apenas como um tema de grande importância para a pesquisa e a prática clínica, mas também como uma analogia para discutir as diferenças simbólicas e materiais presentes na cultura capitalista.

O corpo deixa de ser percebido como um mapa estável das funções normais e surge como um campo dinâmico de diferenças estratégicas, onde as questões relativas a sexo, sexualidade e reprodução podem ser entendidas em termos de investimentos estratégicos localizados, em substituição a uma posição orgânica específica. Apresenta-se como um sistema semiótico, um complexo campo de produção de significados, onde o sistema imunológico de reconhecimento e estranhamento torna-se fundamental (Haraway, 1991).

As definições sobre as doenças e o adoecimento estão intimamente relacionadas a múltiplos aspectos culturais e o sistema imunológico tem um importante papel no sentido de estabelecer limites entre o eu e o outro, definindo o que é normal e o que é

patológico. A doença pode ser vista como uma forma de estranhamento ou de transgressão dos limites daquilo que constitui o eu (Haraway, 1991).

A Obstetrícia/Ginecologia surge nos depoimentos como especialidade devidamente mapeada, onde os avanços tecnológicos são responsáveis por aprimorar essa visão, mais do que por trazer novas descobertas, especialmente, no tocante às tecnologias de imagem. Elas possibilitam que o corpo, visto como mapa seja cada vez mais conhecido, localizado, visualizado.

Mapas são aceitos como representações livres de linguagem figurada de algo real, absoluto, que “está lá” disponível para ser conhecido. Nesse sentido, considerando o corpo da mulher como mapeado pelo olhar da Obstetrícia/Ginecologia, seria possível desvendar e acompanhar seus processos através de indicações precisas. Contudo, mapas não são apenas instrumentos, mas “*corporificações de práticas históricas multifacetadas*” (Haraway, 1997:135), o que equivale dizer que eles são contextuais, e que são moldados por, ao mesmo tempo em que moldam, relações de significados.

Da mesma forma que em certos trabalhos fotográficos, em especial a fotografia jornalística, acredita-se que o que foi fotografado simplesmente estava lá, e que a mensagem que está sendo transmitida não contém nenhum código, o exame complementar é entendido como uma revelação natural do real, apesar da constatação de sua condição pontual, sem movimento, onde a dinâmica do processo é perdida. Traz segurança ao médico e à paciente; comprova, evidencia, sendo por isso priorizado em relação a outras fontes de informação consideradas menos confiáveis. Porém, assim como o ato fotográfico, o exame é circunstancial e depende não só do momento em que foi realizado, mas também de sua recepção e contemplação (Dubois, 1994).

Nas discussões da relação da fotografia com o real, um dos enfoques a considera como sendo da ordem do que Peirce denomina índice, isto é, uma “*representação por contigüidade física do signo com seu referente*” (Dubois, 1994:45). Sob essa perspectiva, a imagem é investida por um valor que é particular, que remete a apenas um referente, constituindo, assim, o traço de um real. A fotografia e o exame, continuando a analogia, atestam a existência de uma realidade, mas não o seu sentido. Ambos são inseparáveis de sua experiência referencial (Dubois, 1994).

Nas entrevistas, destaca-se a priorização do funcionamento normal do corpo da mulher, e os significados sobre ele relacionam-se aos aspectos reprodutivos, dentro do modelo hierárquico orgânico. A emergência desse corpo como campo de forças, repleto de significados não é possível para o médico, nem para a própria paciente.

É difícil delimitar o que é normal quando os dois discursos, o do médico e o da paciente se confrontam: o que é trazido na história da paciente ao médico é o diferente, o que se apresenta como estranho a essa mulher, que ela identifica como fora do “seu padrão” e que a torna de alguma maneira vulnerável; para ele, quase sempre é algo conhecido, mapeado, estudado, passível até de apresentar mais de um caminho a ser percorrido até a sua solução. Como enfrentar esse descompasso?

“Eu tento dizer: ‘olha, seus exames estão normais’, tento sinalizar que outras coisas podem estar fazendo ela se sentir mal. No fundo, [muitas vezes] eu estou só acompanhando um miomazinho, que não é doença por definição, não é doença no sentido de que aquilo não está causando uma sensação de doente para ela.” (Eliane)

“Tem mulheres que se queixam de coisas à toa, que são próprias do corpo dela e tem algumas que não aceitam. E aí a gente tem que saber até [que ponto] aquilo é patológico ou não” (Beatriz)

Conforme sinalizam os entrevistados, a mulher vem ao obstetra por uma questão bem mais pontual que é a gravidez; tudo é focado nesse período específico. Já a vinda ao ginecologista envolve mais do que uma situação específica, envolve aspectos de insatisfação pela falta de uma vida individual preenchida.

“Muitas mulheres têm no ginecologista o momento dela, quase um psicólogo, um terapeuta. Ela direciona tudo para a causa ginecológica: ‘aqui eu vou encontrar a solução para tudo isso.’” (Eliane)

A mulher vem ao médico para que este a decifre, a interprete, para que a ajude a tornar o estranho familiar, e a restituir o seu normal. E cobra dele que a entenda mais do que ela mesma é capaz. Nesse sentido ela é um outro para si mesma, desconectada de seus processos internos, sendo incapaz de contar sobre esse corpo. Uma atitude “descorporificada”, isto é, desconectada da experiência individual e contextual (Ross e Rapp, 1997) se faz sentir na forma como as mulheres se relacionam com seus corpos e como são percebidas clinicamente.

No depoimento de Eliane, é possível notar isso, ao se referir a procedimentos cirúrgicos, como histerectomia, como sendo a solução para extirpar algo que não é ela, mas que se aloja nela. Não se pretende questionar a indicação do procedimento e sua validade, mas a atitude da paciente em relação aos seus órgãos, em estado “patológico”, anormal.

"As pacientes com indicação cirúrgica de HTA [histerectomia], muitas têm uma coisa assim: 'Doutora, tira tudo, arranca fora!', até porque geralmente os sintomas são dor, sangramento, são coisas que incomodam muito".

Existe uma percepção mais ou menos clara por parte dos residentes do que pode ser considerado como doença, dentro de uma definição de lesão, coerente com o modelo morfológico, anátomo-patológico, e um sentir-se doente que é trazido pela paciente e que não necessariamente é coerente com a definição de doença. Isso se refere tanto à intensidade das percepções que a mulher traz, relativas à dor ou ao desconforto (que podem ser, na visão do médico, adequados ou não ao caso), como também se referem aos incômodos cuja origem não é revelada no exame físico ou nos exames complementares. Esse sentir-se doente vago adquire um ar de transcendência, que extrapola o âmbito da especialidade.

A medicina banuiu os aspectos mágicos que a constituíam e parece ter incorporado a essa dimensão os sintomas psicológicos. Não se pode considerar o comportamento "histérico" como equivalente à possessão, mas a medicina "dos nervos" não se encontra isenta dessas influências (Foucault, 2003b), e nem consegue incorporar esse quadro ao seu discurso (Castiel, 1996). Desta forma, o que é indecifrável (e talvez, insolúvel) deve ser encaminhado a quem detém os poderes que permitem entrar em contato com tais questões: o psicólogo e o psiquiatra, os representantes mais próximos do xamã. Permanece a dicotomia entre sofrimento orgânico e sofrimento psíquico, sendo este último de menor importância e expressão de algo que não é "real" (Castoldi, 1996).

Os aspectos da doença orgânica não se esgotam no biológico, no psicológico, no social e no econômico, mas compõem uma trama de relações que o indivíduo estabelece consigo mesmo, com a cultura, com o mundo.

A "conversa", trazida por alguns residentes como estratégia para lidar com o sofrimento psíquico, adquire um tom meio mágico, que irá resolver, ou desfazer tais incômodos (o que não significa, entretanto, que o falar com a paciente é desnecessário).

"O que a gente tem que fazer é orientar para ela não se sentir doente; às vezes conversando, para ela já é um tratamento". (Beatriz)

Alguns médicos se aventuram nessa seara, ultrapassando até seus limites, pela vontade de chegar a uma solução satisfatória. Outros vão passar a responsabilidade, muito mais por não saber o que fazer, do que por um fazer conjunto entre profissionais.

"A minha parte corresponde a informar sobre os processos, porque não dá para lidar [com isso] numa consulta ginecológica. Tem que ser uma coisa especializada" (Joana)

As questões relativas à reprodução e aos papéis sexuais, assim como a outros aspectos da diversidade humana, não podem ficar restritas a aspectos orgânicos, tidos como essências naturais e saudáveis em organismos e famílias. Eles devem ser pensados em termos de campos de força de diferenças. Nesse sentido, não cabe uma oposição entre o orgânico, o tecnológico, o textual, o mítico, mas sim a noção de falha nesse sistema de comunicações, que de alguma maneira se expressa no corpo (Haraway, 1991).

Winograd (1986 *apud* Haraway, 1991) defende a conexão entre o mundo externo e o interno, entre organismos, entre o orgânico e o tecnológico “*em termos de metáforas, comunicação, e construção*” (p.214), mas sempre inserida num contexto, onde a linguagem se apresenta como algo que é construído, e não natural.

De acordo com o autor, o sistema imunológico pode ser entendido como um “*diagrama*” (p. 214) das relações e uma orientação quanto à maneira de agir no tocante aos limites do eu e à mortalidade. Apresenta novas possibilidades diante de um mundo repleto de não-eu, onde se está a todo momento confrontado com diferenças, e onde a concepção do que é patológico é redesenhada fora do cenário da batalha. Desta forma, o adoecimento pode ser visto não como um evento negativo, que precisa ser evitado, mas como uma oportunidade que permite revelar quais ferramentas estão sendo usadas nas relações com o mundo.

Não só a imunologia, mas a biomedicina em geral, estão impregnadas de aspectos simbólicos, metafóricos e metonímicos.

A metáfora, em lingüística, refere-se a dois termos, chamados tópico e veículo, que se encontram em uma relação denominada campo, onde existe uma semelhança, que fica subentendida, entre o sentido próprio e o figurado. Por exemplo: quando Manoela se refere à graduação como “um mar de rosas”, o tópico é “graduação”, o veículo é “mar de rosas” e o campo se refere à conotação dada ao tempo da graduação como um período mais fácil do que a residência. Pode-se dizer que são esclarecimentos não-literais sobre algo. É o caráter de intermediação que torna a metáfora um elemento importante para a representação do corpo, de suas atividades e de seu adoecer (Castiel, 1996).

A metáfora é sempre contextualizada, dependente das maneiras de ver o mundo que o grupo, onde ela é verbalizada, compartilha (Cardoso, 2000).

As doenças são acompanhadas, muitas vezes, por metáforas construídas socialmente para ajudar a entender ou interpretar certos fenômenos do processo de adoecimento. Entretanto, tais construções acabam enrijecendo o seu entendimento ou estigmatizando os pacientes.

A noção de risco costuma carrear metáforas, por exemplo, o referir-se como alto ou baixo, querendo expressar mais ou menos, ou transformando-o em entidade corporificada que traz ameaças ao indivíduo que a ele se expõe, e que permite ser objetivado e ter suas causas identificadas (Castiel, 1996).

Certos processos podem adquirir conotações de castigo divino (como no caso de um feto malformado ou de uma enfermidade como a AIDS), auto-julgamento, onde mente e corpo se traem mutuamente (como as mulheres que "não querem melhorar"), ou de predisposições de caráter (como a associação do câncer ao excesso de repressão emocional), passando a ser depositários do medo das pessoas e, em última instância, tornando-se eles mesmos metáforas capazes de adjetivar outras coisas, num processo de simplificação do que é complexo. As pessoas que apresentam a doença concreta se vêem envolvidas em mal-estar por se verem associadas ao que seria uma "representação do mal" (Sontag, 2002).

Os processos como a gestação e o parto, na Obstetrícia, e o câncer, na Ginecologia, tornaram-se as metáforas mais comuns, usadas para adjetivar outros fenômenos. A primeira pode ser entendida como uma metáfora temporal (algo que é demorado e/ou difícil); enquanto a segunda, como uma metáfora espacial, visto que o câncer pode se alojar em qualquer órgão e se "espalhar" (algo que consome e é negativo).

A metonímia é outro tropo que consiste em nomear um objeto por uma palavra designativa de outro objeto que tem com o primeiro uma relação de substituição da parte pelo todo (Cardoso, 2000). Ela aparece com frequência nos relatos dos depoentes, onde a mulher passa a ser nomeada pela enfermidade que apresenta, como por exemplo, uma dor pélvica, ou um HTA.

Todos esses recursos lingüísticos estão presentes nas narrativas que as pessoas constroem sobre si e sobre o mundo.

Narrar constitui algo que é muito antigo no homem, é a forma mais tradicional de relatar sua humanidade, aquilo que não pode ser medido ou quantificado, sendo

considerada muitas vezes como antagônica à objetividade e à cientificidade (Hunter, 1991).

Sempre se está ouvindo e contando histórias e “estórias”, comunicando significados através delas, cujas estruturas criam sentido para a vida, trazendo segurança e conforto. “*A narrativa é essencial à sabedoria prática (phronesis) e representa o nexo da cultura com a psicologia individual*”. (Castiel, 1999:145). Ela representa uma organização temporal de eventos, associados de alguma maneira à mudança, que podem ou não estar relacionados de forma causal entre si (Cardoso, 2000).

A narrativa é pouco abordada nos cursos de medicina; os residentes começam o estudo de semiologia e com ele o aprendizado sobre a anamnese e o contato com a paciente. É passado um roteiro básico, que vai sendo adaptado a cada caso, às circunstâncias, ao tempo disponível para consulta. Cada um acaba desenvolvendo seu próprio método de abordagem, através da observação de profissionais mais experientes, aliado ao seu estilo pessoal.

É a partir da anamnese que a narrativa médica vai sendo delineada, com a inclusão de informações relevantes, que dizem respeito às condições fisiológicas da paciente, mas que se revela muito importante na percepção de componentes contextuais do adoecer em cada paciente (Hunter, *op.cit.*). O corpo mostra ser mais do que sua faceta fisiológica; ele é também depositário cultural de expectativas e significados sociais e ideológicos (Epstein, 1995). Em situações de doenças já bastante conhecidas, em que as causas são descritas, os relatos são condensados, pois se considera que não há muito que contar: “*os sintomas são a doença*” (Hunter, 1991: 103).

Paciente e médico compõem narrativas diferentes, isso é inegável, pois um tem a experiência vivida do adoecimento; o outro tem a experiência do saber sobre aquele processo, e de tê-lo visto em outro momento, ainda que poucas vezes (além do seu próprio adoecer pessoal). Essa diferença existe, mesmo quando ambos provêm de um mesmo contexto cultural. As “estórias”/histórias (Castiel, 1999) contadas pela paciente e as histórias elaboradas pelo médico são versões distintas da mesma doença. Os papéis desempenhados nesse encontro são claros, um é o profissional a quem é solicitado algo e o outro é a paciente solicitante.

Apesar das narrativas não serem iguais, não significa que tenham que ser desencontradas. Pode e deve existir um movimento de ambos no sentido de contornar tais diferenças. A paciente incorpora algo do jargão médico, ao expressar seu

desconforto; o médico tenta trazer seu conhecimento e sua orientação para uma linguagem que possa ser familiar à paciente (Hunter, 1991).

O médico pergunta sobre o corpo e a história, e começa então, a construir o que seria uma meta-história sobre o adoecer. Entretanto, para que isso aconteça, é necessária uma atenção de um contador de histórias (Hunter, *op.cit.*), onde o ouvir é o sentido que necessita ser mais apurado para acompanhar a visão que, junto com o tato, observa e decifra o corpo. Castiel (1999) chama “*hestória*” clínica à resultante que é originada a partir das várias narrativas, “*mescla imponderável de histórias reveladas e de estórias a serem inventadas*” (p. 151).

A fascinação que a tecnologia dos exames complementares exerce, trazendo mais segurança para a elaboração do diagnóstico, com seus métodos cada vez menos invasivos, determina que certas averiguações percam importância, porque a imagem irá mostrar mais e melhor, sem demandar tanta depuração da sensibilidade do clínico.

O retorno da história à paciente, depois de elaborada pelo médico, significa uma incorporação à sua história de vida (visto que a narrativa médica é apenas parte desta), do que lhe sucede, com seu devido encaminhamento, conforme organização dada pelo médico. Muitas vezes esse retorno não é adequado e a integração desse material e, principalmente, de sua nova condição, não é possível.

A narrativa médica, com seus recursos lingüísticos, ao ser capaz de penetrar nas construções pessoais da paciente sobre seu estado, torna-se um importante auxiliar na reordenação desse referencial, onde os aspectos relativos à doença, como os sintomas, o estigma e as dificuldades encontradas no atendimento institucional, devem ser incorporados, resultando numa nova configuração de identidade (Castiel, 1996).

A grande disponibilidade de exames, que gera um número cada vez maior de informações, obtidas com menos esforço, podem confundir o médico e fazê-lo perder o sentido da solicitação dos mesmos: qual a real contribuição de cada um, é a pergunta a ser feita pelo médico, ou, de forma metafórica, para o médico: “*O que você está fazendo? Milhões de vasos sem nenhuma flor.*”²²

“A gente está acostumado a pedir muitos exames, mas a gente sempre tenta selecionar; o objetivo da anamnese é esse, você selecionar a história, ser só aquele exame complementar, que não é para aparecer 500 coisas, é para confirmar aquilo que você suspeita. Quanto mais

²² Frase da música Relicário, de Nando Reis.

exame você pedir, está arriscado a ter resultados discordantes”.
(José)

Busca-se o depoimento poético do cineasta Wim Wenders no filme **Janela da Alma**, para reforçar o que foi comentado por José:

“Ter tudo, em excesso, significa que nada temos. A atual superabundância de imagens significa, basicamente, que somos incapazes de prestar atenção.(...) Atualmente, as histórias têm que ser extraordinárias para nos (tocar), porque as histórias simples, não conseguimos mais vê-las”.



Considerações finais

O problema não é inventar. É ser inventado hora após hora e nunca ficar pronta nossa edição convincente.

Carlos Drummond de Andrade (1984, Epígrafe)

A sociedade é caracterizada por representações que são compartilhadas por homens e mulheres e que servem, ao mesmo tempo, para firmar o seu pertencimento a ela. Socializar-se significa incorporar essas significações comuns, que marcam a particularidade daquela sociedade específica (Augusto, 1994). Médicos e pacientes fazem parte desse processo e reproduzem valores, mitos, crenças, preconceitos que permeiam um determinado contexto sócio-cultural, e que podem contribuir para cristalizar e para re-significar estigmas. (Martins et. al., 2004).

Em tempos de biotecnologia, a categoria de pessoa vem sendo discutida, trazendo à tona como são estabelecidas as definições de corpo e suas relações com a experiência e os domínios humanos e não humanos.

Não apenas as experiências sobre saúde e doença, o que poderia ser considerado como o corpo experiencial, são variáveis culturalmente, mas o próprio corpo objetivo²³, entendido como contingência histórico-cultural, é modificado em função do desenvolvimento da cultura tecnocientífica, e das mudanças que ocorrem no olhar médico de forma circunstancial e temporal (Dumit, 1997). Como Donna Haraway pontuou: “*nós somos cyborgs*” (1991:150).

Cyborgs são “*fusões simbióticas de vida orgânica e sistemas tecnológicos*” (Dumit e Davis-Floyd, 1998:1). Estão presentes na vida diária, nos carros, celulares, lentes de contato, e em tantas outras coisas que acompanham as pessoas (e as constituem) já automaticamente; integram suas formas de ser e, em certos momentos, tornam difícil achar uma resposta quanto a sua capacidade de corromper ou mutilar um processo “natural” e a de melhorá-lo.

Os meios de comunicação de massa, ao alardearem os avanços da genética, tratam o corpo dentro de um reducionismo genômico, que vem definindo o conceito de pessoa a partir da interiorização crescente da identidade. Equivalente às impressões digitais, os genes passam a ser a marca de cada pessoa (Cardoso e Castiel, 2003).

O processo de medicalização se insere no contexto *cyborg*, na medida em que não se pode falar de um corpo autêntico, genuíno, dissociado do discurso e das práticas médicas e biotecnológicas, mas sim de corpos que são entendidos e assimilados de várias maneiras, de acordo com a “lente” através da qual estão sendo vistos.

²³ Merleau-Ponty estabelece uma diferença entre o que seria o corpo objetivo, fisiológico, e o corpo vivido, experiencial (s.d. *apud* Dumit, 1997).

A medicalização se refere às relações entre poder, conhecimento médico, prática clínica e o encontro médico-paciente. Provê a paciente com indicações sobre como se relacionar com seu corpo, aprimorá-lo, regulá-lo, com vistas à promoção da saúde, da produtividade e, em última instância, à manutenção da ordem social (Foucault, 1990).

A influência da medicina, em seu papel de instituição que detém um domínio sobre a forma como os indivíduos pensam, moldam e vivem seus corpos é alvo de consenso, mas diferenças surgem na forma de entender como essas relações se processam (Lupton, 1997).

Os críticos mais ferrenhos da medicalização consideram o termo em seu aspecto negativo e pejorativo, argumentando sobre o acúmulo de poder pela medicina, que passa a olhar os fenômenos e problemas sociais cada vez mais através do prisma da patologização. Defendem uma autonomia por parte dos indivíduos, livre da autoridade de outros que ditam regras sobre comportamentos e que estimulam uma dependência crescente (Lupton, *op.cit.*).

A falta de conhecimento teórico-técnico da paciente evidencia o desnível entre ela e o médico, tornando-a vulnerável diante das decisões tomadas por ele, com pouca possibilidade de questionamento. Isso é agravado em populações consideradas menos favorecidas, que não se encontram em situação de enfrentar essa relação assimétrica. O acesso à informação é entendido como uma ferramenta importante no processo de mudança do *status quo*.

Muitos estudos feministas criticam o processo de medicalização com sendo uma forma de manter a dominação e controle masculinos sobre os corpos das mulheres, estimulando uma alienação em relação ao seu funcionamento e dificultando o resgate e a integração dos mesmos em termos de identidade e sexualidade (Ávila, 1993; Ávila, 2003).

Nessa linha se encontram os estudos sobre *empowerment* das populações, voltados para a promoção à saúde, no sentido de tornar os indivíduos agentes de seus processos, capazes de investir em práticas preventivas e de compartilhar com o médico as decisões sobre suas próprias vidas (Carvalho, 2004).

Contudo, essa posição crítica com relação à medicalização também apresenta lacunas, pois não abarca a complexidade da questão, para além das polaridades de bem e mal, onde os médicos são apontados como dominadores, voltados exclusivamente para o exercício do poder, sem fornecer nenhum tipo de atenção, e as pacientes, como passivas, vitimizadas, totalmente desprovidas de qualquer tipo de poder (Lupton, 1997).

O que é sugerido é que existe uma cumplicidade na manutenção de determinados padrões, que está envolta em sentimentos contraditórios de aceitação, rejeição e questionamento, e que reproduzem a dominação médica (de Swaan, 1990 *apud* Lupton, *op.cit.*).

Para Foucault (1990), a existência de relações de poder inevitavelmente cria resistências a ele, o que significa que nem sempre ele é exercido. Nem tampouco se pode dizer que ele seja sempre destrutivo: Foucault assinala sua eficácia produtiva e positiva em relação aos corpos. Vários expedientes são utilizados pelas pacientes para burlar a submissão a ele, como por exemplo, testar o médico em seus conhecimentos, abster-se de ou até ocultar informação, rejeitar o tratamento ou o próprio médico. Aspectos inconscientes de ambos podem ser ativados, revestindo a relação com outros elementos (positivos ou negativos) que provavelmente permanecerão inacessíveis tanto ao médico quanto à paciente, salvo algumas exceções.

A importância da disseminação da informação médica, apregoada pelos críticos à medicalização, como forma da paciente retomar dos médicos o controle sobre seus corpos, também é questionada, na medida em que sugere uma auto-regulação que incorpora o olhar clínico, os “padrões medicalizados” e a tecnologia à vida do indivíduo, estimulando a adoção de comportamentos considerados adequados, estratégia de tecnobiopoder (Haraway, 1997), que longe de ser escolhas próprias, são reproduções de um normal (Lupton, 1997).

O poder disciplinar se insere no campo da visibilidade: é necessária a observação cuidadosa, o exame, a medição para que se possa estabelecer uma comparação com algo que é considerado como norma (Foucault, 1990).

O sentido da visão, como significado primário de conhecimento, tem a propriedade de instaurar um afastamento entre o conhecedor e o conhecido, que traz como consequência uma depreciação da experiência sensível e um impedimento do caráter relacional do conhecimento, na medida em que cria uma distância do que é corporal (Petchesky, 1997). “*A visão é sempre uma questão sobre o poder de ver – e talvez sobre a violência implícita em nossas práticas de visualização*” (Haraway, 1991:192).

O monitoramento dos órgãos reprodutivos na mulher, seja em estado gravídico ou não, permite o desvendamento de territórios antes envoltos em opacidade. Isso se torna possível devido a uma “*cultura visual tecnocientífica*” (Haraway, 1997:174). A visualização, como ato predominantemente masculino (comum a homens e mulheres),

remete ao controle histórico do homem sobre a ciência, às imagens evocativas da batalha, da conquista e do domínio (Keller, 1999; Petchesky, 1997), e à oposição entre visão e toque, ou entre corporificado e incorpóreo (Haraway, 1997).

A metáfora presente é a do *panopticon* de Bentham (Foucault, 1990) onde a visualização permite estabelecer normas de comportamento para “os que estão dentro”, relativas ao desenvolvimento do feto no útero, ou ao funcionamento dos demais órgãos ligados à reprodução e à sexualidade, através do controle do médico. Curiosamente, à medida que os órgãos e o feto tornam-se mais visíveis, a mulher torna-se mero receptáculo, mais invisível, inclusive em relação ao contexto social (Petchesky, 1997; Rapp, 1997).

A imagem ultrassonográfica do feto dentro do útero configura-se não apenas como evidência, mas como fetiche, no sentido de que transforma o feto em uma entidade independente, e produz um investimento por parte da mãe no que seriam suas expectativas fantasiosas com relação a esse feto/bebê. Ela pode significar segurança e controle para mulheres com histórias de complicações obstétricas, mas também controle por uma cobrança de ter que gerar bebês perfeitos, advinda da veiculação de imagens públicas “incorpóreas”, consideradas desejáveis ou ideais, e até por desenvolver determinados sentimentos em relação a esse bebê, ainda feto (Petchesky, *op.cit.*).

As narrativas em Obstetrícia estão repletas de *cyborgs*, e oscilam entre valorizar as importantes contribuições trazidas pela ciência e pela tecnologia para processos naturais como gestação e parto, e questionar o excesso de medicalização e de tecnologia em ambos.

No primeiro caso, o ser humano é visto como incompleto e limitado, e seus processos, arriscados e incertos. Cabe às tecnobiociências intervirem para aperfeiçoá-los, monitorá-los, tornando-os mais seguros e completos. Sob esta perspectiva, o que se poderia considerar como “natural” em termos de concepção, gestação e nascimento, pode-se transformar em algo obsoleto, produto do acaso ou da sorte, onde a crença na tecnologia impede a crença na natureza (Dumit e Davis-Floyd, 1998).

Nesta vertente se incluem o monitoramento fetal, como capaz de controle e intervenção, a reprodução assistida, como supridora das falhas na reprodução, o aconselhamento genético, como possibilidade de “domínio das ‘contingências’” (Cardoso e Castiel, 2003), o parto cesáreo como mais seguro e previsível, entre tantas outras asserções.

O segundo grupo de narrativas entende o *cyborg*, e a tecnologia que ele representa, como corruptores ou mutiladores de processos naturais completos em si mesmos. São entendidos como um retrocesso, capazes de alterar o processo de reprodução em direção a piores resultados (Dumit e Floyd, 1998).

Aqui se pode situar o movimento de “humanização” do parto, apregoando a eliminação de todo aparato tecnológico ao redor da parturiente, e que traz desacordos e controvérsias entre profissionais, entre pacientes e médicos e entre as próprias pacientes.

Em Ginecologia, escolhe-se para exemplificação a terapia de reposição hormonal (TRH), como narrativa *cyborg*. Esse tipo de terapia traz em seu bojo a justificativa médica de que a menopausa (e a pós-menopausa) constitui uma doença, onde a redução dos níveis de estrogênio acarreta efeitos patológicos físicos e mentais, perda de libido e atração sexual, e como tal requer tratamento com hormônio sintéticos. O debate sobre a TRH é centrado na questão dos riscos em fazer uso dela ou não; na sua capacidade de prevenir doenças cardiovasculares, osteoporose e eliminar os desconfortos característicos da sintomatologia da menopausa; e no acesso à informação sobre seu uso por parte das mulheres, o que teoricamente asseguraria um ganho de poder em relação à capacidade de escolha (Harding, 1997).

Entretanto, nesse debate, as concepções culturais sobre as quais se assentam as indicações da TRH não são consideradas relevantes. Um dos aspectos principais é a perda da capacidade utilitária, despertando sentimentos de vergonha, relacionados à produtividade como fator decisivo na construção da identidade (Pitta, 1994). Relacionado a esse primeiro, encontra-se a cobrança por beleza e juventude (e em outros termos, perfeição), que inclui as questões sexuais e a resistência ao envelhecimento; a capacidade de manter uma atividade de cuidadora (de maridos, pais ou netos); e a incapacidade de se ver como estorvo para outros, ou de necessitar cuidado (Harding, *op.cit.*).

No contexto *cyborg*, os médicos não são os dominadores, mas elos de conexão em uma rede de relações, onde o poder é um dos elementos.

Apesar da grande inserção da tecnologia na medicina, tanto nas áreas de pesquisa, quanto na prática diária da clínica, da cirurgia, dos exames, esta tem sido vista menos como mediadora das relações entre médicos e pacientes, e mais como elemento que possibilita um distanciamento dos conflitos que permeiam essas relações, em direção a domínios onde o humano perde visibilidade.

Uma terceira forma de entender o *cyborg*, extrapolando as posições cristalizadas e polarizadas de progresso ou de retrocesso, é a de considerá-lo como metáfora em dois aspectos: como entendimento de que todos os processos humanos de saúde e doença são mediados por alguma intervenção tecnológica, desde a mais simples até a mais sofisticada, não sendo possível pensar qualquer um deles sem absolutamente nenhuma mediação; e como testemunha dos atuais avanços tecnobiocientíficos, com seus sucessos e seus fracassos; seus riscos e seus benefícios (Dumit e Davis-Floyd, *op.cit.*).

Vários estudos apontam para algo que falta no ensino da medicina e sugerem a busca de novas perspectivas de se relacionar com o paciente, articulando melhor clínica e teoria. Debate-se a necessidade de mudanças no currículo e na graduação, a partir da introdução do ensino de humanidades (Carson, 2000) e da Bioética, de forma a ampliar o olhar do estudante, bem como suscitar o questionamento do modelo passivo ensino-aprendizagem (Siqueira e Eisele, 2000).

Mas talvez a questão seja mais profunda do que o acréscimo de informação; talvez falte abrir arenas de discussão, não apenas para assimilar os avanços e as possibilidades de aplicação das últimas descobertas tecnológicas, mas para refletir sobre a posição que cada pessoa/profissional ocupa, seu engajamento e sua responsabilidade, e o risco que isso representa; e sobre as profundas mudanças que acarretam nas teias de relações entre humanos, não humanos e suas culturas, porque “*deste campo de diferenças, repleto com promessas e terrores de corporificações cyborg e conhecimentos localizados, não há saída. (...) Ciência é cultura*” (Haraway, 1991: 230).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁴:

1. Aguiar AC. Assistência integral à saúde da mulher no distrito sanitário centro-sul: a ótica dos profissionais de saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1992.
2. Ali SH. Deborah Lupton. Risk. Resenha; 2000.
<<http://www.arts.ualberta.ca/cjscopy/reviews/risk.html>> (acessado em 24/10/2003).
3. Amaral LA. Corpo desviante/olhar perplexo. Psicologia USP 1994; 5 (1/2): 245-268
4. Andrade CD. Corpo. Rio de Janeiro: Editora Record; 1984.
5. Augusto MHO. Tempo e indivíduo no mundo contemporâneo: o sentido da morte. Psicologia USP 1994; 5 (1/2):157-172.
6. Ávila MB. PAISM – Um programa de saúde para o bem estar de gênero. Publicação do S.O.S. Corpo – Gênero e Cidadania. Recife: GLS Gráfica; 1993.
7. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad Saúde Pública 2003; 19, (supl. 2): 465-469.
8. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: HUCITEC; 1995.
9. Barata RB. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? Cad Saúde Pública 1996; 12 (4): 555-560.
10. Barberà E et. al. O construtivismo na prática. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2003.
11. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad Saúde Pública 2003; 19(6): 1611-1620.
12. Barros M. Biografia do orvalho. In: Retrato do artista quando coisa. Rio de Janeiro: Editora Record; 1998
13. Barros M. Escova. In: Memórias inventadas - a infância. São Paulo: Editora Planeta do Brasil Ltda; 2003.
14. Barthes R. A câmara clara. Nota sobre a fotografia. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1984.
15. Barthes R. O óbvio e o obtuso: ensaios críticos III. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
16. Barthes R. Mitologias. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

²⁴ As referências bibliográficas seguiram as normas para publicação dos Cadernos de Saúde Pública, publicação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, de acordo com o recomendado pela Comissão de Pós-Graduação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do IFF, Fiocruz.

17. Brandão J. Mitologia grega. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
18. Buber M. Eu e tu. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.
19. Calvino I. Seis propostas para o próximo milênio. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
20. Calvino I. Se um viajante numa noite de inverno. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2001.
21. Camargo Jr KR. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. Cad Saúde Pública 2003; 19 (4):1163-1174.
22. Campbell J. O Poder do mito. São Paulo: Pala Athena; 2000.
23. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
24. Cardoso CF. Narrativa, sentido, história. Campinas: Papyrus Editora; 1997.
25. Cardoso MHCA. Quando a madrugada chegar esta noite será memória também – a construção de fontes orais e a historiografia: um estudo de caso [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Depto. de História do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ; 1989.
26. Cardoso MHCA. A herança arcaica de um modelo: História, Medicina... e a síndrome de Down [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
27. Cardoso MHCA, Castiel LD. Saúde coletiva, nova genética e a eugenia de mercado. Cad Saúde Pública 2003; 19 (2): 653-662.
28. Carson RA. The formation of medical imagination. Rev Bras Educ Méd 2000; 24 (1): 31-35.
29. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20 (4):1088-1095.
30. Cassell J. The woman in the surgeon's body. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2000.
31. Castiel LD. O buraco e o avestruz. São Paulo: Editora Papyrus; 1994.
32. Castiel LD. Moléculas, moléstias, metáforas. O senso dos humores. São Paulo: Unimarco Editora; 1996.
33. Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Contra Capa; 1999.

34. Castoldi MA. Tornar-se pediatra. O desenvolvimento do raciocínio clínico na residência médica do IFF [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
35. Coelho EC. As profissões imperiais. Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930. Rio de Janeiro: Record; 1999.
36. Collier J, Rosaldo MZ, Yanagisako S. Is there family? New anthropological views. In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. The gender sexuality reader. New York and London: Routledge; 1997. p. 71-81.
37. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 04/2003. Estabelece normas, duração e carga horária dos programas.
<http://www.mec.gov.br/sesu/pdf/cnrm_042003.pdf> (acessado em 27/01/2005).
38. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 08/2004, de 05 de agosto de 2004. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. <<http://www.amb.org.br/0804.doc>> (acessado em 27/01/2005).
39. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 13/2004, de 26 de outubro de 2004. Dispõe sobre a duração dos Programas de Residência Médica de Cirurgia Geral, Cirurgia de Mão e Obstetrícia e Ginecologia.
<http://www.mec.gov.br/sesu/pdf/cnrm_132004.pdf> (acessado em 27/01/2005).
40. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
<http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> (acessado em 31/08/2004).
41. Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
42. Costa AM. O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Documento resultante de pesquisa subsidiada pela Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.
43. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
44. Cousins N. Internship: preparation or hazing? JAMA 1981; 245:377.
45. CREMERJ, Órgão informativo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Jornal do Cremerj Ano XVII – nº 164. Maio 2004.
46. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.
<<http://www.mec.gov.br/sesu/residencia/default.shtm>>. (acessado em 11/10/2003).

47. Di Leonardo M, Lancaster RN. Introduction. Embodied meanings, carnal practices. In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. The gender sexuality reader. New York and London: Routledge; 1997. p. 1-10.
48. Downey GL., Dumit J. Locating and intervening. In: Downey GL, Dumit J, organizadores. Cyborgs and Citadels. Santa Fe: School of American Research Press; 1997. p. 5-29.
49. Dubois P. O ato fotográfico e outros ensaios. Campinas: Papirus; 1994.
50. Dumit J A digital image of the category of the person. PET scanning and objective self-fashioning. In: Downey GL, Dumit J, organizadores. Cyborgs & Citadels. Santa Fe: School of American Research Advanced Series; 1997. p. 83-102.
51. Dumit J e Davis-Floyd R. Introduction. Cyborg babies. Children of the third millennium. In: Dumit J, Davis-Floyd R, editores. Cyborg babies. From techno-sex to techno-tots. New York and London: Routledge; 1998. p.1-18.
52. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Fieldnotes in ethnographic research. In: Writing ethnographic fieldnotes. Chicago: University of Chicago Press; 1995. p. 1-38.
53. Epstein J. Story, history, and diagnosis. In: Altered conditions. Disease. Medicine, and storytelling. New York: Routledge; 1995. p. 27-56.
54. Feitosa C. Labirintos: corpo e memória nos textos autobiográficos de Nietzsche. In: Lins D, Gadelha S, organizadores. Nietzsche e Deleuze. Que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 49-66.
55. Flavell JH. A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1996.
56. Fleck L. Epistemological conclusions from established history of a concept. In: Genesis and development of a scientific fact. Chicago, The University of Chicago Press; 1981. p. 20-51.
57. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1990.
58. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2003a.
59. Foucault M. História da sexualidade - Vol.1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 2003b.
60. Gambini, R. Uma breve reflexão sobre o outro. Psicologia USP 1994; 5 (1/2):335-339.
61. Gambini, R. Espelho índio. A formação da alma brasileira. São Paulo: Axis Mundi / Terceiro Nome; 2000.

62. Giacoia Jr O. Resposta a uma questão: o que pode um corpo? In: Lins D, Gadelha S, organizadores. Nietzsche e Deleuze. Que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p.199-215.
63. Ginzburg C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: Mitos, emblemas, sinais. Morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras; 2001a. p.143-179.
64. Ginzburg C. Mito – distância e mentira. In: Olhos de madeira. Nove reflexões sobre a distância. São Paulo: Companhia das Letras; 2001b. p. 42-84.
65. Ginzburg C. O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
66. Grele RJ. Movement without aim: methodological and theoretical problems in oral history. In: Envelops of sound. The art of oral history. Chicago: University Press; 1985. p. 129-154.
67. Grossman E. O médico de adolescentes e seu ofício [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
68. Haraway D. Primate visions. Gender, race, and nature in the world of modern science. New York: Routledge; 1989.
69. Haraway D. Simians, cyborgs, and women. The reinvention of nature. New York: Routledge; 1991.
70. Haraway D. Pragmatics. Technoscience in hypertext. In: Modest_Witness@Second-Millennium. FemaleMan©_Meets_OncoMouse™. New York: Routledge; 1997. p.125-265.
71. Harding J. Bodies at risk. Sex, surveillance and hormone replacement therapy. In: Petersen A, Burton R, editores. Foucault. Health and medicine. London and New York: Routledge; 1997. p. 134-150.
72. Heidegger M. O conceito de tempo. Conferência pronunciada para a Sociedade de Teólogos de Marburgo. Cadernos de Tradução 1997; nº. 2, DF/USP: 7-39.
73. Hillman J. Healing fiction. Woodstock, Connecticut: Spring Publications, Inc; 1983.
74. Hillman J. O mito da análise. Três ensaios de psicologia arquetípica. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1984.
75. Hunter KM. Doctor's stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1991.
76. IFF – Instituto Fernandes Figueira. Regimento Interno da Residência Médica.
77. Jardim J, Carvalho W. Janela da alma [documentário cinematográfico]. São Paulo: Europa Filmes; 2001.

78. Jung CG. Chegando ao inconsciente. In: O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1996.18-103.
79. Jung CG. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.
80. Keller EF. The gender/science system: or, is sex to gender as nature is to science? In: Biagioli M, editor. The science studies reader. New York: Routledge; 1999. p. 234-243.
81. Koury MGP. Relações imaginárias: a fotografia e o real. In: Achutti LER, organizador. Ensaio (sobre o) fotográfico. Porto Alegre: Unidade Editorial; 1998. p. 72-78.
82. Laplanche J. & Pontalis J-B. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1983.
83. Laqueur T. Making sex: body and gender from greeks to Freud. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1994.
84. Laqueur T. Orgasm, generation, and the politics of reproductive biology. In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. The gender sexuality reader. New York and London: Routledge; 1997. p. 219-243.
85. Latour B. Give me a laboratory and I will raise the world. In: Biagioli M, organizador. The science studies reader. New York: Routledge; 1999. p. 234-243.
86. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre a atividade do médico residente e dá outras providências.. <<http://www.mec.gov.br/sesu/residen.shtm>>. (acessado em 11/10/2003).
87. Lispector, C. Amor. In: Laços de família. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora; 1975. p.17-30.
88. Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. In: Petersen A, Burton R, editores. Foucault. Health and medicine. London and New York: Routledge; 1997. p 94-110.
89. Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1990. p. VII-XXIII.
90. Magalhães F. A obstetrícia no Brasil. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro; 1922.
91. Martin E. The end of the body? In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. The gender sexuality reader. New York and London: Routledge; 1997. p.543-558.
92. Martins AJ, Cardoso MHCA, Llerena Jr. JC. Em contato com as doenças genéticas. A norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais

- médicos do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (4): 968-975.
93. Martins LAN. *Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse [Tese de Doutorado]*, São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.
 94. Miles A. *Women, health and medicine*. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes; 1991.
 95. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília; 1984. (Centro de Documentação do Ministério da Saúde).
 96. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização. Documento da Política Nacional de Humanização - Marco Conceitual e Diretrizes Políticas*. Brasília; 2004. (Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização).
 97. Petchesky RP. *Fetal images*. In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. *The gender sexuality reader*. New York and London: Routledge; 1997. p.134-150.
 98. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC; 1994.
 99. Porter R. *História do corpo*. In: Burke P, organizador. *A escrita da história*. São Paulo: UNESP; 1992. p. 291-326.
 100. Prins G. *História oral*. In: Burke P, organizador. *A escrita da história*. São Paulo: UNESP; 1992. p. 163-198.
 101. Rapp R. *Real-time fetus. The role of the sonogram in the age of monitored reproduction*. In: Downey GL, Dumit J, organizadores. *Cyborgs and Citadels*. Santa Fe: School of American Research Press; 1997. p. 31-48.
 102. Rebello LMV. *O banzo do migrante: embates e ressonâncias da mudança [Dissertação de Mestrado]*, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
 103. Rodrigues JC. *O corpo na história*. Rio Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
 104. Rodrigues JC. *Antropologia e comunicação: princípios radicais*. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo; 1989.
 105. Rodrigues JC. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
 106. Rodrigues N, Caroso CA. *Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção de pessoa*. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 137-149.

107. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
108. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (supl. 2): 201-212.
109. Ross E, Rapp R. Sex and society. In: Lancaster RN, Di Leonardo M, organizadores. *The gender sexuality reader*. New York and London: Routledge; 1997. p. 153-168.
110. Santos Filho L. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Hucitec Edusp; 1991.
111. Santos JB, Pires LL, Silva AE, Castro CN. Reflexões sobre o ensino da semiologia médica. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27 (2): 147-152.
112. Saramago J. Ensaio sobre a cegueira. SP: Companhia das Letras; 1998.
113. Sennett R. Carne e pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Editora Record; 2001.
114. Siqueira JE, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2000; 24 (1): 22-26.
115. Sontag S. Ensaio sobre a fotografia. São Paulo: Editora Arbor Ltda; 1981.
116. Sontag S. A doença como metáfora. São Paulo: Graal; 2002.
117. Stengers I. Is there a women's science? In: *Power and invention*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1997. p. 123-132.
118. Vaz P. Corpo e risco. In: Villaça N, Góes F, Kosovski E, organizadores. *Que corpo é esse? Novas perspectivas*. Rio de Janeiro: Mauad; 1999. p. 159-175.
119. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
120. Villar MAM., Cardoso MHCA. Residência médica em pediatria: no campo da prática. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (1): 329-339.
121. Von Franz M - L. O processo de individuação. In: Jung CG, organizador. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1996. p. 158-229.
122. Vygostsky LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
123. Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
124. Yin RK. Case study research. Design and methods (applied social research methods). London: Sage Publications; 2002.

125. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990.