



Sociedade e Estado

ISSN: 0102-6992

revistasol@unb.br

Universidade de Brasília

Brasil

Sabino, César; Madel T., Luz
Metáforas do Poder em uma Instituição Pública de Saúde
Sociedade e Estado, vol. 26, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 353-372
Universidade de Brasília
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339930916016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Metáforas do Poder em uma Instituição Pública de Saúde

Recebido em
24/11/09

Aprovado em
09/05/11

César Sabino¹
cesarsabino@hotmail.com

Madel T. Luz²
madelluz@superig.com.br

¹Sociólogo. Professor Adjunto da Escola de Ciência Política da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Endereço: Rua Voluntária da Pátria, 107. Botafogo. CEP. 22270-000- Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

²Socióloga. Professora Titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. IMS/UERJ-Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 Pav. João Lyra Filho 7º andar Bl. D e E Maracanã CEP. 20659-900 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil.

Resumo O objetivo deste estudo é compreender a função do ambulatório na dinâmica das relações de poder e na construção de identidade da profissão de terapeuta da biomedicina. Para a realização do trabalho foram feitas entrevistas abertas e observação etnográfica em duas unidades hospitalares da cidade do Rio de Janeiro (Hospital Pedro Ernesto, Posto de Atendimento Médico São Francisco Xavier) com 12 médicos. O ambulatório surge no discurso dos profissionais em início de carreira como instância negativa e monótona, que impede o diagnóstico de novas patologias, tornando lenta a ascensão profissional; surge também como espécie de rito de passagem formador da identidade médica. Marcado pela frequência de pacientes oriundos dos estratos sociais mais baixos, essa dimensão pública das instituições médicas repercute relações de dominação social e simbólica inerentes à nossa sociedade.

Palavras-chave ambulatório, medicina ocidental contemporânea, relações de poder, teoria social.

Abstract The purpose of this study is to enlighten the function(s) of the ambulatory (non specialist medical public care unit) in the dynamics of corporative power relations and construction of identity of new therapist's occupation in biomedicine. To achieve our labor data were collected through open interviews and direct observations in two hospitals in Rio de Janeiro (Hospital Pedro Ernesto, Sao Francisco Xavier Medical Care) with 12 doctors. The am-

bulatory emerges as a negative and monotonous place in the speech of professionals in early career, where the diagnosis of new diseases is uncommon, preventing the young physician to access real knowledge and social status. It means also a rite of passage trainer of medical identity. Stigmatized by the frequency of patients from the lower strata of society, the ambulatory points to the relations of social and symbolic domination present among us.

Key words *ambulatory, contemporary western medicine, power relations, social theory.*

Financiamento *CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo: 151803/2007-2.*

A Busca de Destaque

Este trabalho é uma análise qualitativa interpretativa de dados coletados em instituições de saúde do município do Rio de Janeiro, durante o período de 1994-1997, para a segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas (depois “Grupo de Pesquisa CNPq Racionalidades Médicas e práticas de Saúde”, coordenado por Madel T. Luz). Visa a interpretar representações e práticas de médicos residentes ligadas ao cotidiano do atendimento nos ambulatórios. O caráter atual dos dados está relacionado ao fato de estudos recentes (GOMES, NATIONS & LUZ, 2008) demonstrarem que apesar das políticas inclusivistas universalistas do SUS (STROZENBERG, 2008), a cultura institucional com seus traços hierárquicos e socialmente excludentes permanece praticamente inalterada após terem passado mais de doze anos entre os dados constantes apenas em relatórios de pesquisa (SABINO, 1997) e os mais recentes coletados por outros pesquisadores.

Foram realizadas observações etnográficas (diretas e participantes) e entrevistas abertas, gravadas e transcritas, com jovens médicos e residentes em hospitais e postos de saúde na Zona Norte e Sul da cidade do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Miguel Couto, Posto de Atendimento Médico de Copacabana e Posto de Atendimento Médico

São Francisco Xavier.

Uma teoria de “médio alcance”, como a elaborada por Pierre Bourdieu, pode nos auxiliar a compreender, ao menos em parte, as relações de poder contidas na institucionalização dos terapeutas da biomedicina e na formação da sua identidade profissional³. Tentaremos perceber não apenas o processo de reprodução estrutural do contexto (a formação médica), mas também as possíveis dinâmicas perpetradas pelos agentes (des) iludidos com a ordem institucional.

O discurso dos jovens médicos sugere a existência de concepções de práticas e relações de poder que nos remetem às noções de *poder simbólico* e *campo de poder*. O campo constitui, segundo Bourdieu, o espaço no qual se manifestam relações hierárquicas de poder simbólico, organizando-se a partir da distribuição desigual de *capital*, que pode ser econômico, social ou simbólico (prestígio, *status*, autoridade), de competência, social e cultural. A quantidade de capital que um indivíduo detém, em geral, determina a posição e a trajetória que ocupará no interior do campo, sendo este um espaço social de constantes disputas e competição (BOURDIEU, 1986; 2004).

No caso específico da biomedicina, assim como em outros sistemas de cura, esse capital refere-se à disputa travada entre os médicos em torno do reconhecimento, pela comunidade científica, da legitimidade e eficácia de seus saberes e procedimentos. Aqueles que conseguem sucesso nos seus empreendimentos, passam a desfrutar de posições hierarquicamente superiores, dispondo de maior “capital científico” e, em consequência, de maior *status* e prestígio, conseguindo impor a outros agentes do mesmo campo a definição do procedimento profissional “que melhor se conforma a seus interesses específicos” (BOURDIEU, 1976.p. 91), convertendo também este capital em outros como o econômico, por exemplo.

Entre médicos de início de carreira, pode ser constatada aspiração à conquista desse capital social e de competência específica, que exige respeito a regras e normas de consenso do campo e sua aceitação assumida fisicamente nos procedimentos práticos cotidianos realizados pelos neófitos. A questão, portanto, é perceber como, nesse espaço social de disputa de poder – disputa inconsciente –, se estabelece a relação com o paciente no trabalho do ambulatório e como essa relação se traduz na diagnose e na

³O autor não teve por objetivo elaborar uma Teoria Geral da Sociedade, como por exemplo, o fez, Talcott Parsons, mas sim formular conceitos operacionais visando à formação de um conhecimento sociológico centrado não apenas na teorização, mas na busca efetiva de consolidação metodológica (WACQUANT, L.; BOURDIEU, P., 1992).

terapêutica da biomedicina, inscrevendo-se nas relações com os mesmos pacientes através dos procedimentos médicos.

No discurso dos médicos residentes, o ambulatório se configura como o local de desprestígio, no qual a aquisição de capital simbólico e de competência está de certa forma, ausente:

“O ambulatório não tem nada de novo, você não aprende quase nada, são sempre as mesmas queixas, sempre os mesmos pacientes com as mesmas queixas, aí a pessoa acha um saco. O ambulatório não tem pessoas interessantes... É só diabetes, hipertensão, diabetes, hipertensão, nada de novo”.

Essa concepção aparece no discurso não oficial, descontraído dos médicos residentes, – aquele ouvido pelo pesquisador já considerado pelos “nativos” parte do contexto durante o trabalho de campo e, portanto, pessoa a quem se pode “contar segredos” ou deixar escutá-los (MALINOWSKI, 1978). Termos como “esculhambatório” (local onde só há pessoas “esculhambadas”), “molambatório” (alusão a molambos ou a pessoas pobremente vestidas), “embromatório” (local onde se perde tempo “embromando” os outros) ou local de “marcar passo” profissional são sinônimos de ambulatório. Por um lado, essa instância institucional parece impedir a ascensão social do médico, sendo espécie de empecilho pelo qual se tem que passar para construir sua identidade profissional; por outro, destaca-se como ritual de passagem no qual o sofrimento do aprendiz, em estado de liminaridade, deve ser enfrentado para que ele possa ser aceito no grupo como alguém merecedor de seu papel (TURNER, 1974; VAN GENNEP, 1978). Nesse ritual, o ambulatório dos hospitais e postos de saúde, que são públicos e atendem as camadas mais baixas da população, são instância de provação para o médico novo. Instância necessariamente passageira na qual não se deve permanecer (como toda dimensão liminar), pois nela não há possibilidade de aquisição de *status*, fato que se deve à ausência de novas doenças a serem diagnosticadas e ausência de procedimentos inusitados a serem aprendidos e empreendidos. O relato abaixo é um exemplo do que seria interessante, para um residente, realizar em seu trabalho:

⁴Acidente Vascular Cerebral, conhecido como “derrame”, em geral, resultado de hipertensão crônica.

“(...) por exemplo, a gente interna a pessoa que a gente não sabe o que tem, a gente então vai investigar. A coisa de não gostar de ambulatório está ligada ao fato de ele não ser valorizado (...) porque nele não há patologia nova, não nada a ser feito (...)”

Nota-se apreensão dos residentes por casos novos de difícil resolução – aqueles confrontados em outras dimensões mais prestigiadas da clínica e da especialização –, que requerem especialidade e aprofundamento teórico e prático, o que remete, de acordo com Luz (2003), à perda, pela biomedicina, de seu papel terapêutico milenar:

“O que gosto é de uma enfermaria variada (...) com um pouco de cada coisa (...) às vezes a enfermaria está mais para uma especialidade, às vezes para outra (...) Eu prefiro paciente geriátrico, portador de coisas novas e interessantes”

A necessidade da especialidade médica é algo que está muito presente no discurso dos jovens, e a ambição de tornar-se um bom especialista transparece em seu desejo de tratar “novos casos”; daí a preferência pelas enfermarias em detrimento aos ambulatórios. Há desprezo por pacientes portadores de diagnóstico previsível ou conhecido. São considerados “caso perdido” por não trazerem “novidade” para a economia simbólica das patologias, não valem o investimento da atenção médica sendo pessoas para as quais não se deve dispensar maior atenção ou cuidado:

“Quando não tem leito vago, às vezes a gente segura um paciente que até poderia ir para casa, mas a gente deixa um, dois dias, para poder puxar outro mais interessante, em vez de internar um que não é interessante. Volta e meia aparece gente aqui, às vezes até mesmo funcionário, pedindo internação de A.V.C.⁴ A gente foge, né? Faz tudo pra não internar”

Como sugerido, a não internação de um paciente não passa apenas

pela carência de leitos, podendo estar relacionada também ao desinteresse da parte dos médicos em portadores de patologias que representam, para seu universo socioprofissional, significado inferior, menor. Uma doença sem perspectiva de cura, ou uma cura totalmente previsível, não traz *status* ao residente, não contribui para seu aprendizado e também não permite demonstrar talento; por conseguinte, não há porque despendar tempo com casos que não trazem lucro nessa economia simbólica:

“Aí, fica aí... tem uma AVC num leito, por exemplo, que fica aí, mas não tem nada pra fazer com ela, é uma paciente que a gente diz que não é interessante, porque a gente não vê o que fazer”

Percebe-se que o corpo do indivíduo só interessa ao médico como portador de doença ou disfunção biomecânica. Para o agente biomédico, a única realidade concreta é a da doença, não havendo interesse pela subjetividade do paciente. Isso é notório quando é dito pela médica entrevistada: “tem uma AVC no leito...”. Não se fala de pessoa, mas da doença (CAMARGO JR.,1994; LUZ, 2003). É a patologia que está no leito.

Conforme Foucault (2004), a partir do século XIX, a medicina moderna passa a justificar sua originalidade, apresentando-se como medicina científica. Ao realizar essa ruptura com a tradição anterior, ela muda seus objetos, conceitos e métodos, o que implicará na produção de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais eivadas por uma racionalidade específica, caracterizada pelo olhar e pela linguagem, pautadas, por sua vez, no aspecto empírico de localização da doença como objeto presente no corpo individual. Na anátomo-clínica surgida então, há a abstração do doente, que é acidental, contingencial, para que surja a doença na sua essência. O doente atrapalha, compromete a neutralidade classificatória científica. A doença torna-se objeto independente, com vida, forma patológica da vida, e deve ser classificada em gênero e espécies. Anatomia patológica.

Ascensão Social e Conhecimento Teórico

Outro fator que desvaloriza o ambulatório, além do consenso da falta de *status* que o *metiér* lhe impõe, é a pouca possibilidade de demonstrar o conhecimento teórico adquirido na faculdade de medicina. A concepção de médico eficiente para os iniciantes na carreira pode ser visto da seguinte maneira:

“O bom médico é aquele que nunca deixa de estudar, tanto medicina, mas não só, quanto a cultura. Acho que tem muita competição, cobram muita teoria, muita coisa (...). Mas eu acho que um bom médico tem que ter muita teoria, tem que estar sempre se atualizando, lendo revistas, livros (...). Na linha da última edição da New England, o último caderninho, a última revista. É isso que dão valor, chegar aqui [no hospital] dizendo: Ah, você leu aquele artigo da New England que saiu ontem?! Aí eles valorizam!”

A força que o poder do campo exerce sobre o residente e as características que esse campo expressa através do discurso e práticas de seus componentes são percebidas através da valorização desse conhecimento abstrato. O “médico bom” é aquele que conhece e expressa um sempre renovado conhecimento teórico de sua especialidade. O conhecimento prático (a “clínica” em termos clássicos), em princípio, não apresenta a mesma importância que seu contraposto, ficando a arte da cura submetida à ciência da doença e desta, divorciada da prática, pois é a racionalidade científica que empresta legitimidade às práticas profissionais dos médicos. O eixo explicativo, ligado geralmente a procedimentos de diagnose, é o mais valorizado, devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, e o eixo semiológico, próximo da prática – e, portanto da arte – é relativamente depreciado como método de produção de conhecimento (CAMARGO JR., 1993; 1994; 1994a). Há, contudo, a percepção dos próprios médicos da existência simultânea do bom teórico e mau terapeuta:

“Tem muito médico que eu conheço no ambulatório e na enfer-

maria, que você sabe que na teoria ele é excelente, mas pra lidar com paciente, é horrível, Nossa Senhora!”

A alusão à ausência da cadeira de terapêutica nas faculdades também surgiu no discurso dos entrevistados, reiterando a valorização da teoria em detrimento da prática:

“Como a gente aprende? A gente, no quarto ano (no terceiro a gente vê mais é semiologia), começa a terapêutica, ninguém chega e senta pra explicar as coisas, a gente vai vendo na enfermagem (...) se vira. Dose [de remédios] essas coisas, a gente vai vendo na prática, vai se virando, ninguém pára e explica, não (...) vai se virando com o paciente”

Ainda:

“A gente ganha prática assim das coisas ali..., de funcionar! De pegar uma veia, de saber fazer uma coisa assim de mais urgência, até pra ficar tranquilo mesmo; o paciente quase morrendo na tua frente, você fica estressado, mas não dá pra aprender, no quarto ano você ‘tá começando a ver terapêutica (...). Às vezes andava quilômetros, ia lá atendia, voltava, corria e perguntava ao médico [supervisor], ele: ‘Ah, sei... faz isso!’ Não era aquilo, voltava lá perguntava: ‘Ah, faz não sei o quê...’, e assim ia”

Sobre a experiência profissional e a preparação universitária:

“Teve algumas falhas... meu internato no ambulatório foi péssimo, fiquei meses sem instrutor e me virava, às vezes cada paciente que eu atendia lá, subia aqui pra tirar dúvidas com o chefe da enfermagem e corria de volta, subia e voltava, subia e voltava, toda hora”

A formação do profissional médico é constituída pela necessidade imposta pelo campo da aquisição de capital teórico, já que os rituais regu-

ladores da ascensão profissional e social impõem avaliações e provas de extenso conteúdo abstrato e não prático. Se quiser ascender na estrutura do campo, galgando papéis de prestígio, o neófito terá que atravessar todas as especificidades dos rituais de instituição (provas e concursos) para ser admitido na comunidade dos doutores, de fato.

“Aí a pessoa fica aqui [prestando serviço no ambulatório e na enfermaria]; tá bom, ganha alguma prática. Beleza! Só que a prova é teoria, é ler livro. Tem que ir pra casa mesmo! Estudar, e não ficar aqui...”

Em consequência, as faculdades de medicina que formam profissionais com grande “bagagem teórica” (de acordo com as palavras dos informantes) são as mais prestigiadas por aqueles que querem conquistar *status* na profissão através da admissão em concursos. Essas faculdades detêm elevado conceito entre os entrevistados:

“Eu acho que o Fundão é melhor em teoria, né? (...) Eles dão muita teoria, a teoria lá é muito boa. Meses antes da prova eles liberam os alunos internos pra estudar. Porque você tem que se especializar, passar por uma boa faculdade, poucas vagas”

A desvalorização do ambulatório também passa pelo aspecto da impaciência dos médicos com diálogos e perguntas excessivas de pacientes e pela sobreposição da diagnose sobre a terapêutica (LUZ, 1998; FOUCAULT, 2004). Em sua concepção atividades ambulatoriais estão ligadas a “perda de tempo”, sendo um fator de extensão da consulta e da baixa produção. Mesmo a anamnese deve ser resumida ao estritamente necessário, pois existem recursos técnicos para a obtenção de exames diagnósticos, não havendo, portanto, necessidade de o médico despendar tempo com conversas.

“Uma coisa é a recomendação técnica: tem que ver da ponta do cabelo à ponta do pé; o pessoal todo fala isso, mas eu faço ideia que isso não deve ser não... não devem exa-

minar direitinho, talvez até pelo movimento, muita gente pra atender, muita procura, aí não dá, né?! A pessoa senta já diz o que tem, nem é examinada, a gente já prescreve alguma coisa, já pede um exame (...) Outra coisa é que às vezes a gente não tem paciência mesmo! O doente ideal é aquele que chega fala só o que tem, vai embora e não perturba. O acesso a recursos técnicos à mão facilita, a pessoa se adapta e pula aquela etapas todas de, primeiro raios-X, depois T.C., etc., e vai logo para o T.C. não examina direito. A maioria dos médicos não gosta disso não! Paciente pra conversar, bater papo; não tem paciência não! Pô, eu realmente ia cortar porque isso atrapalha muito”

A Descartabilidade Relacional da Biomedicina

A desagregação da relação entre terapeuta e pacientes pode estar radicada no processo histórico de racionalização pelo qual passou a cultura ocidental da qual a biomedicina é parte. Segundo Mauss, foi preciso a vitória do racionalismo para a noção de lucro tornar-se um princípio, transformando o homem ocidental em um animal econômico e máquina de calcular. (MAUSS, 1974, p.176) No seu clássico estudo sobre a dádiva, o autor indicou tipos diversos de economia não alicerçados na busca do lucro calculista. Esse estudo marcou a face do pensamento sociológico ao ressaltar as trocas como o alicerce da coesão social. O dom é uma “economia antieconômica”, sendo o contrário da economia monetária, está baseado na negação do interesse e do cálculo; mesmo que essa seja ambígua (denegação) na rejeição desse interesse, objetivando uma espécie de retribuição (na qual conta o tempo em sua extensão) baseada na consideração, no vínculo social estabelecido, na solidariedade e no respeito. Dito de outra forma, no espaço de tempo entre a dádiva e seu retorno (dom e contra-dom) se oculta a intenção não retribuidora, ou seja, “nunca exclui completamente a consciência da lógica da troca generosa e seu caráter impositivo e custoso” (BOURDIEU, 1996a, p. 11), mas que se realiza na dimensão da

solidariedade, expressa não raro em frases: “Faço porque quero fazer; dou porque quero dar, porque gosto de você e não espero nada em troca”. O dom, portanto, seria característica de espíritos magnânimos.

Por não poder se radicar no cálculo racional do lucro objetivado (uma relação de negócios é onde, de fato, não deve haver o dom: “Amigos, amigos; negócios à parte”), o dom encontra-se no capitalismo sempre diante do perigo de ser subsumido a tal cálculo, ausentando das relações o aspecto solidário constitutivo da coesão social. Clássicos do pensamento sociológico apontaram para o risco representado pela transposição da lógica do cálculo e lucro para a dimensão das relações sociais solidárias, tornando contatos sociais descartáveis e voláteis. Simmel, em 1898, escreveu:

Assim que o dinheiro torna-se a medida de todas as outras coisas, ele mostra uma ausência de qualidade (...) que em certo sentido desvaloriza tudo aquilo de que é o equivalente (...) tratando das relações inter-humanas, que buscam a duração, o dinheiro nunca poderá ser o mediador adequado. ([1898]1993, p. 51)

O autor apontava para a ausência característica de laços duráveis e solidários em relações baseadas apenas na dimensão monetária (“contratual”), sendo a prostituição contemporânea o melhor representante deste processo:

No relacionamento de pessoas que dependem da duração e integridade, quando uma das partes paga em dinheiro torna-se completamente isenta, da mesma maneira como alguém que deixa a prostituta após ter conseguido satisfazer-se. (SIMMEL, 1964, p.121)

Marx, em 1844, preocupado com a mesma questão escreveu:

O dinheiro é a inversão geral das individualidades que as transforma em seu contrário e que adiciona às suas propriedades, propriedades contraditórias (...) obrigando aquilo que se contradiz a beijar-se (...) se pressupõe o homem como homem e sua relação

com o mundo como relação humana, só se pode trocar amor por amor, confiança por confiança, etc. (MARX, [1844]1974, p. 28-32)

Para este Marx, ainda jovem hegeliano, quando aquilo que constitui a essência do ser humano é trocado pela essência do objeto essencial no capitalismo (o dinheiro), transforma-se em objeto aquilo que é, de fato, o seu contrário: a própria essência humana. Nessa troca, esta perde suas características e possibilidades. Também Weber, em 1915, deu sua contribuição à problemática da solidariedade e das trocas:

O dinheiro é o elemento mais abstrato e impessoal que existe na vida humana. Quanto mais o mundo da economia capitalista moderna segue suas próprias leis imanentes, tanto menos acessível é qualquer relação imaginável com uma ética (...) de fraternidade. Quanto mais racional e, portanto impessoal, se torna o capitalismo, tanto mais ocorre isto. ([1915]1974.p.247)

Ao expandir-se da dimensão monetária, característica do mercado, para a dimensão simbólica, as relações radicadas no interesse e no lucro retiram ou restringem o *dom* da cena social, transformando as relações, despersonalizando-as e produzindo a representação do outro como objeto e objetivo para o lucro, seja este lucro monetário ou simbólico. A infundável busca da vantagem invade a esfera na qual antes imperava o desinteressado interesse da dádiva. O racionalismo econômico contemporâneo escoia, dessa forma, para o âmbito da racionalidade médica (LUZ, 1996; 1997; 1998; 2003.).

A transformação do dom em domínio do monetário estabelece a regência do campo biomédico pela maximização do lucro, criando aquilo que poderíamos definir como um paradoxo do serviço médico, que consiste na persistência da concepção do dever de servir ao outro, salvar-lhe a vida desinteressadamente, ou melhor, apenas com o interesse profissional de ter exercido, da melhor forma, o seu papel social de “salvador” da vida humana, cumprindo uma missão apostólica (LAPLANTINE, 2004) e, por outro lado, sofrer a imposição, também social, de “ganhar dinheiro”, ter o *status* que a profissão de médico exige. Esse paradoxo pode ser vislumbrado nos

relatos dos entrevistados. Quando perguntados sobre o que esperam de sua profissão, disseram:

“Espero não morrer de fome (...) nunca deixar de estudar e ser competente. Espero servir da melhor maneira possível aos meus pacientes, mas também espero ter uma boa condição econômica”

A frase “não morrer de fome” compareceu em todas as respostas. Tornou-se necessário buscarmos seu sentido, visto que é proveniente de um grupo de pessoas que forma uma profissão composta, em sua maioria, por egressos das classes médias ou alta. A hipérbole “não morrer de fome” pode significar, por um lado, a crítica aos baixos salários, em condições precárias de trabalho, que o serviço público paga aos médicos e, por outro, a preocupação destes em não perder a condição social herdada dos pais, ou mesmo **superar** essa condição que, em geral, permitiu-lhes tornarem-se médicos:

“O sistema é muito duro com a gente, te exige muito (...) você não pode ficar andando de ônibus, tem que se vestir bem, ter uma posição, espero corresponder à expectativa dos pacientes e também não passar fome, porque a gente não pode viver na caridade (...) o dinheiro é fundamental, por isso é difícil fazer ambulatório, quem tem condições, tudo bem... mas é difícil”

Como exercer uma profissão socialmente representada como altruísta, que supõe uma determinada ação desinteressada de salvar o outro (dom) e, ao mesmo tempo, lucrar (paradoxo que impõe o interesse monetário aplicado na ação para com o outro)? Se a lógica do mercado autonomizou-se, invadindo as outras esferas, como tornar possível a convivência de tais opostos no âmbito da profissão médica, sobretudo nos serviços públicos, que pagam baixos salários, e na crescente transformação das práticas e serviços médicos em mercadoria e o próprio médico em empregado remunerado (nem sempre bem) de empresas hospitalares, diagnósticas e clínicas?

Para que seja possível um mínimo de compreensão do que constitui um aspecto do paradoxo atual dos serviços médicos – ao menos na residên-

cia médica –, se faz necessário perceber os mecanismos que articulam o aprendizado e a socialização do médico no espaço de aprendizagem no qual se insere. O próprio esquema funcional do campo biomédico, as relações travadas nesse espaço de exercício da ontologia profissional, produz no neófito a corporificação da profissão – comportamentos, visões de mundo e práticas professadas em palavras e atos. Essa corporificação pode ser compreendida como *habitus* da biomedicina, ou seja: estruturas de cognição e organização de realidades socialmente estruturadas, isto é, organizadas pelo social, que funcionam como estruturantes das ações dos agentes e que por elas são estruturadas (BOURDIEU, 1973). Logo, ao ingressar na corporação, o aprendiz toma contato com as representações e práticas do seu campo profissional, sua hierarquia e lógica de poder, que passam a estruturar de forma inconsciente suas ações, levando-o a aderir a essas práticas e visões de mundo.

Nesse jogo no qual os agentes disputam capitais específicos que devem ser convertidos rapidamente em espécie, a doença é o objeto de importância fundamental, instância na qual as práticas e visões de mundo dos agentes biomédicos respaldam sua própria existência e eficácia no campo ou jogo. Para os residentes, a doença “desconhecida”, os novos casos patológicos apresentam-se como possibilidade de conquista do destaque necessário para o reconhecimento dos pares e superiores. Nesse processo, o ambulatório, com sua ausência crônica de novidades, parece emperrar ou desacelerar essa dinâmica de ascensão ou, no mínimo, representar um estágio liminar, no qual o sofrimento ambulatorial deve ser enfrentado para a construção da pessoa médica e aquisição do *status* necessário ao papel social da mesma.

A busca do destaque, que permite a projeção e, com ela, a oportunidade de reconhecimento no meio, significa a busca por boa colocação social (bons salários, bons empregos, convites para reuniões e futuras participações em pesquisas ou cargos). Dentro desse esquema, o dom só pode ser, de alguma forma, exercitado entre pares, na troca de favores por colegas de profissão. Dificilmente, o paciente e sua subjetividade serão levados em conta em tal esquema de ascensão social. De fato, ele não existe; no sentido ontológico do termo, como escrito anteriormente, ele é apenas uma

peça de um jogo, com a qual se estabelece contato, não relação. Objeto descartável e invólucro daquilo que realmente interessa à racionalidade da biomedicina na sua atualidade: a doença.

A medicina como prática social

O investimento que o agente (no caso o médico jovem e/ou residente) faz no jogo social, (suas esperanças e expectativas), nem sempre é realizado ou alcançado. Esse investimento, denominado por Bourdieu de *illusio* (2001, p. 201), é a manifestação prática pelo interesse no jogo em um determinado espaço social, aplicação de desejos e libido em práticas relacionais delimitadas, visando reconhecimento dos pares. Destarte, como procura pela aprovação do outro, a *illusio* é o que confere sentido à vida e à existência dos agentes engajados em suas práticas, levando-os a investirem sua existência no futuro (*op. cit.*, p. 204, 254). De acordo com o autor, esse processo surge na infância, na dimensão familiar, quando a criança, por intermédio do trabalho pedagógico de socialização das pulsões, aprende a renunciar e se sacrificar em troca de reconhecimento, consideração e admiração:

(...) essa troca é altamente carregada de afetividade, na medida que mobiliza por inteiro a pessoa de ambos os parceiros, sobretudo a criança, é claro, mas também os pais. A criança incorpora o social sob a forma de afetos, mas socialmente coloridos, qualificados, as injunções, prescrições ou condenações paternas sendo decerto inclinadas a exercer um 'efeito de Édipo' (para falar como Popper). (Idem, p. 202)

A criança sacrifica seu “amor próprio”, investindo em outro objeto de desejo (investimento libidinal), absorvendo disposições duráveis e corporificadas que a levarão a apostar, a partir daí, nos jogos sociais. Essa dinâmica executada na instância familiar estará na base de todos os investimentos sociais ulteriores resumidos na busca de reconhecimento como recompensa, construção identitária e aceitação (base do capital simbólico: glória,

⁵⁴De que maneira se efetua a passagem, descrita por Freud, de uma organização narcisista da libido, na qual a criança toma a si mesma (ou seu próprio corpo) como objeto de desejo, para um outro, no qual ela se orienta para uma outra pessoa, tendo acesso ao mundo das 'relações de objeto', sob a forma do microcosmo social originário, e dos protagonistas do drama que aí se desenrola?" (*ibidem* p. 201),

honra, crédito, reputação, notoriedade, etc.).

Aproximando-se da psicanálise, nessa fase de sua obra⁵, Bourdieu resalta o papel da frustração e do descontentamento na articulação de estratégias de subversão do jogo. Se os grupos sociais são estruturados, com todo seu peso de reprodução das relações e representações sociais, eles também podem apresentar (mesmo que em alguns momentos mais que outros) margens de estratégias calcadas no saber prático ou nas reflexividades produzidas pelos agentes. Lutas e frustrações relacionais podem provocar-lhes (mesmo que em alguns apenas) a presença de espírito, a consciência em situação e em ação, permitindo-os (re) avaliar o lance e a dinâmica das disputas e relações de poder. Essa reflexividade possibilita retomar posições, reconstruir concepções, buscar linhas de fuga, recuar, avançar, mesmo enfrentar estruturas tradicionais produzindo dinâmica no contexto social (*ibidem*, p. 198). Há, portanto, para a ação, "certa margem de liberdade" (p. 286).

Para que as disposições dos agentes encontrem harmonia com a estrutura do campo, a *illusio* (o interesse no jogo social) deve estar em sintonia com a *lusiones* (oportunidades e recompensas, mas também o acaso propício). Dito de outra forma, as expectativas criadas pelo sistema devem se ajustar a chances por ele apresentadas, quando tal processo não ocorre, os desajustes provocam tensões e frustrações, colocando em desarmonia todo o universo no qual deveriam coincidir tendências objetivas e expectativas subjetivas. O autor ressalta que essa sensação de "falta de futuro", característica mais difundida entre os "danados da terra", tem sido "uma experiência cada vez mais ampliada" na sociedade globalizada (2001, p. 286) e, acrescentaríamos: entre os profissionais liberais, mas não apenas.

Esse aspecto da dinâmica social vem sendo demonstrado há mais de uma década pelo alentado número de estudos (teses, dissertações, capítulos, livros, artigos) do Grupo Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. Essa produção tem sugerido que, se a ordem simbólica (memória social, estrutura objetiva ou mesmo subjetiva) apresenta autonomia, esta é relativa, pois em quaisquer circunstâncias e, sobretudo, nos períodos de desajuste entre *illusio* e *ludens*, os agentes articulam práticas que configuram novas *weltanschauungen*, através da produção de: a) reflexividades menos

conscientes (práticas), que conferem novos sentidos por intermédio de estratégias de ação ao mundo e a existência; b) reflexividades mais conscientes (discursivas) produtoras de novos significados sobre o mundo social, o que politicamente reabre os espaços dos possíveis (LUZ, 2003; DOMINGUES, 2004). Contudo, esse movimento se realiza dentro e por intermédio dos recursos que a própria ordem social apresenta aos agentes (GIDDENS, 1991; BOURDIEU, 2001; de CERTEAU, 2002). Esses recursos são “trabalhados” em um processo de bricolagem (LÉVI-STRAUSS, 2002; LUZ, 2003) que remete à racionalidade do pensamento selvagem (não racionalista), sugerido pelo trabalho de Lévi-Strauss como estando presente em qualquer sociedade e não apenas em sociedades ditas “primitivas”. É nessa margem de liberdade produzida dinamicamente, entre o que se convencionou denominar, nas ciências sociais, de ação e estrutura, indivíduos e sociedades, que se escora a autonomia das lutas pela autoridade de conferir sentido ao mundo social e aos campos de saberes e práticas que o constituem.

Considerações Finais

Retornando à questão dos médicos recém formados (residentes, sobretudo) do(s) ambulatório(s): para nós, torna-se evidente, a partir do material investigado, que é nesse âmbito (embora não apenas) de adequação dos neófitos à prática e produção das disposições incorporadas e, portanto, da reprodução das relações sociais do campo da biomedicina, que surgem inadequações e frustrações, desilusões e descontentamentos de alguns atores sociais, levando-os à reflexividade prática e à contestação dos saberes e ações tradicionais da medicina ocidental contemporânea. Insatisfeitos, frustrados, procuram encontrar em outras racionalidades médicas alternativas para as práticas institucionais com as quais não concordam mais tacitamente. Essa dinâmica, que atravessa ao menos parte das relações no campo, permite a articulação de novos saberes e também de novas práticas em saúde coletiva.

Referências bibliográficas

BOURDIEU, P. (2004) Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia crítica do campo científico. São Paulo: UNESP.

_____ (2001) Meditações Pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

_____ (1996) A Economia das Trocas Lingüísticas. São Paulo: Edusp.

_____ (1996a) Marginalia. Algumas Notas Adicionais Sobre O Dom. in: Manos Estudos de Antropologia Social. PPGAS-Museu Nacional. UFRJ vol. 2 Out.1996a.

_____ (1992) WACQUANT, L. An Invitation to Reflexive Sociology. Chicago/London: The University of Chicago Press.

_____ (1986) O Poder Simbólico. Lisboa: Difel.

_____ (1976) Le Champ Scientifique. *Actes De La Recherche en Sciences Sociales*. n. 23. Paris.

_____ (1973) Esquisse D'une Theorie De La Pratique. Gênéve: Droz.

CAMARGO Jr., K.R. (1994) (I) Racionalidade Médica - Um Estudo de Caso: O Ambulatório de Medicina Integral. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/.Série Estudos em Saúde Coletiva. n. 99 Agosto.

_____ (1994a) (Ir)Racionalidade Médica. In: Physis. Revista de Saúde Coletiva. Vol.2 N.1 Rio de Janeiro: IMS/UERJ Relume-Dumará.

_____ (1993) A Medicina Ocidental Contemporânea. Rio de Janeiro: IMS/UERJ S.E.S.C, n. 65.

DE CERTEAU, M. (2002) A Invenção do Cotidiano. Vol.1. Artes de Fazer. Petrópolis, Vozes.

DOMINGUES, J. M. (2004) Ensaios de Sociologia. Teoria e pesquisa. Belo Horizonte, Ed. UFMG.

FOUCAULT, M. (2004) O Nascimento da Clínica. São Paulo: Editora Forense Universitária.

GIDDENS, A. (1991) As Conseqüências da Modernidade. São Paulo: UNESP.

GOMES, A. M. A., NATIONS, M.K.; LUZ, M. T. (2008) Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. São Paulo, Saúde e Sociedade, v. 17, n. 1, janeiro-março, p. 61-72

LAPLANTINE, F. (2004) Antropologia da Doença. São Paulo: Martins Fontes.

LÉVI-STRAUSS, C. (2002) O Pensamento Selvagem. São Paulo: Papirus.

LUZ, M. T. (2003) Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec.

_____ (1998) Comparação de Representações de Corpo, Saúde, Doença e Tratamento entre pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. Série Estudos em Saúde Coletiva, 167, p. 5-25, out.

_____ (1997) A Arte de Curar Versus As Ciências Das Doenças. História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial.

_____ (1996) Cultura Contemporânea E Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas Em Saúde No Fim do Século XX IV Congresso Latino – Americano de Ciências Sociais e Medicina. Cuernavaca. Junho. 25 p.

_____ (1995) Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas: Cadernos de Sociologia. Vol.7 PPGS/ UFRGS.

MALINOWSKI, B. (1978) Os Argonautas do Pacífico Ocidental. Col. Os Pen-

sadores, São Paulo: Abril Cultural.

MARX, K. (1974) Manuscritos Econômicos Filosóficos in: Col. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.

MAUSS, M. (1974) Sociologia E Antropologia Vol. I II. São Paulo: Epu /Edusp.

SABINO, C. (1997) Iatrogenia Simbólica. Alguns Aspectos da Eficácia Simbólica na Biomedicina. Relatório Final de Pesquisa. CNPq. Instituto de Medicina Social/UERJ, julho .

SIMMEL, G. (1993) Filosofia Do Amor. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (1964) Prostitution. In WOLFF, K. (org.) The Sociology of George Simmel. New York: The Free Press.

STROZENBERG, F. (2008) Direito Universal à Saúde: Fundamentalidade e efetividade. Tese de Doutorado em Direito. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho.

TURNER, V. (1974) O Processo Ritual, Petrópolis: Vozes.

VAN GENNEP, A. (1978) Os Ritos de Passagem. Petrópolis: Vozes.

WEBER, M. (1974) Ensaios de Sociologia. In: Col. Os Pensadores. S.P., Abril Cultural.