

Maciel-Lima, Sandra Mara; Rasia, José Miguel  
As Imagens não Falam por si Mesmas: um estudo sociológico da equipe do transplante  
hepático  
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 42-51  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263668010>

# **As Imagens não Falam por si Mesmas: um estudo sociológico da equipe do transplante hepático**

**Images Do not Speak for Themselves: a sociological study of a liver transplantation team**

## **Sandra Mara Maciel-Lima**

Doutora em Sociologia. Economista.

Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Fernando Cretella, 72, CEP 82600 460, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: ari.san.dra@hotmail.com

## **José Miguel Rasia**

Professor Titular de Sociologia da UFPR - Universidade Federal do Paraná.

Endereço: Rua José Kormann, 193, Ahú, CEP 82200 440, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: zecarasia@gmail.com

## **Resumo**

O presente artigo visa entender como uma equipe de transplante hepático se relaciona com a constante tensão entre certeza e incerteza nas práticas médicas associadas à utilização de imagens durante o processo de transplante. Para tanto, utiliza-se a metodologia de abordagem qualitativa, a etnografia e o estudo de caso como procedimentos técnicos. Os dados foram coletados por meio de observação e entrevistas semidiretivas realizadas com a equipe de transplante do Hospital de Clínicas da UFPR. Toda imagem demanda a análise e interpretação, de preferência de um especialista em imagem, capaz de identificar o que esta revela. E é nesse momento que se percebem as insuficiências das imagens e ao mesmo tempo do manifesto pela certeza; da ilusão de uma prática de interpretação sem a presença da subjetividade de quem interpreta. Na análise de imagens médicas o que está em jogo também é o modo de ver o objeto analisado. Muitas vezes o que se vê são fragmentos do que ocorre no corpo, e a interpretação dessa imagem pressupõe informações que não estão visíveis, mas que são capturadas pela experiência e pelo conhecimento adquiridos pelo médico ao longo do tempo e também na sua relação com o paciente. Percebe-se, assim, que mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, não se elimina a tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver.

**Palavras-chave:** Transplante Hepático; *Habitus*; Imagiologia.

## **Abstract**

This article aims to understand how a liver transplantation team deals with the constant tension between certainty and uncertainty in medical practices associated with the use of images in the transplantation process. We used the methodology of qualitative approach, ethnography and case study as technical procedures. Data were collected through observation and through semi-directive interviews performed with the transplantation team of Hospital das Clínicas of UFPR. Every image requires analysis and interpretation, preferably by an imaging specialist, who is able to identify what it reveals. And that is when the insufficiencies of the images are perceived, as well as of the manifested certainty; the illusion of a practice of interpretation without the presence of the subjectivity of the interpreter. In the analysis of medical images what is at stake is also the way of seeing the object being analyzed. Often what we see are fragments of what happens in the body, and the interpretation of the image presupposes information that is not visible, but which is captured by the experience and knowledge acquired by the physician over time and in his/her relationship with the patient. It can be seen, therefore, that even with the development of imaging technologies in the medical field, the tension between objectivity and subjectivity, between certainty and uncertainty, between knowing and seeing, is not eliminated.

**Keywords:** Liver Transplantation; Habitus; Imaging.

## **Introdução**

Por meio da história da imagiologia ou imagética, podemos entender como os médicos do período renascentista vivenciaram os primeiros registros do corpo feitos por meio de gravuras em madeira; como foram surpreendidos na modernidade pela máquina radiográfica, revolucionando os métodos de diagnóstico; e, mais recentemente, como os médicos contemporâneos lidam com os registros feitos pelas máquinas de imagem digital - máquinas que mostram aquilo que não está visível ao olhar (Sicard, 2006).

Todavia, a informação gerada por intermédio de uma máquina não diminui a importância do médico no processo de diagnóstico, pois a imagem necessita de interpretação, de um olhar treinado que possa traduzir os objetos que se oferecem imediatamente à percepção, assim como os que escapam à percepção imediata.

Nesse sentido, o presente artigo visa entender como a equipe do transplante hepático se relaciona com a constante tensão entre a certeza e a incerteza nas práticas médicas associadas à utilização das imagens no processo do transplante.

## **Metodologia**

Este artigo é resultado de pesquisa realizada no Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de abril de 2007 a março de 2009. O objetivo da pesquisa foi estudar as tensões e conflitos presentes nas práticas da equipe de transplante (médicos cirurgiões, clínicos e residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicóloga, nutricionista e assistente social). Para tanto, utiliza-se a metodologia de abordagem qualitativa e os procedimentos técnicos de etnografia e estudo de caso. Os dados foram coletados por meio de diário de campo e entrevistas semidiretivas realizadas com a equipe de transplante.

A pesquisa recebeu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC/UFPR, em 17 de abril de 2007, sob o n.º CEP-1388.053/2007-03.

## As Imagens Não Falam por Si Mesmas

A introdução de máquinas para a produção de imagens médicas do corpo tende a transformá-lo em objeto. O olhar agora instrumentalizado e potencializado pela máquina produz uma nova distância na relação médico-paciente: o uso da imagem ao revelar com maior precisão a presença de uma doença grave, diminui para o médico e para o paciente as possibilidades de não-revelação de um diagnóstico. O médico, nesses casos, de posse de uma interpretação julgada correta da imagem, pode muitas vezes enfrentar algum sofrimento que seria evitado na imprecisão de um diagnóstico. O que dizer claramente ao paciente quando a imagem mostra um tumor?

Ao contrário, o que dizer quando não se tem a certeza do que se vê? O que dizer ao paciente quando a imagem não mostra tudo? Esta tensão caracteriza, em certa medida, a relação médico-paciente quando esta é mediatizada por imagens. Para evitar tal tensão, diante de imagens de ressonância nuclear ou de uma ecografia, os médicos apelam ao discurso técnico que tende a abandonar todo o afeto, toda a afirmação do sujeito.

Isso só ocorre porque o corpo é tomado em uma dimensão de objeto, a imagem é tomada como revelação de algo do objeto, a verdade. Neste jogo, a verdade do paciente passa a ser desconsiderada. Há um conflito entre o corpo vivido pelo paciente como experiência e o corpo tomado pela prática médica como objeto.

Além disso, a imagem reforça a idéia do corpo objeto da prática médica e também possibilita que esta se desenvolva sobre um corpo virtual, produzido por um meio eletro-magnético; é aí que repousa a tentativa de anulação da subjetividade tanto do paciente quanto do médico. Agora, neste modelo, não se tem interação entre médico e paciente. O médico interage com uma imagem revelada de um corpo objeto que passa a ser corpo virtual, sem palavras, sem cheiro, sem sentimento.

Monteiro (2001) aponta que a informação gerada a partir de um diagnóstico produzido por intermédio de uma máquina parece ter precedência sobre outros tipos de informação, como aquelas disponibilizadas pela pessoa que está sendo examinada. A informação

gerada pela máquina é vista como uma medida mais objetiva da anormalidade, possuindo também a capacidade de padronização e facilidade de comunicação dos dados. Tal objetividade foi questionada entre 1940 e 1950, quando diversos estudos indicaram que a variabilidade do observador era um importante obstáculo à interpretação objetiva, pois um radiologista examinando um filme podia ver uma lesão que um segundo radiologista poderia ignorar.

A análise das imagens demanda competências específicas. “Uma má leitura acompanhada de um excesso de confiança podem levar a ignorar um aneurisma gravíssimo. Há um perigo de morte em não se duvidar da leitura de uma imagem”(Sicard, 2006, p. 275).

Em qualquer área do conhecimento, a compreensão depende da noção de limites, só percebemos formas ou ordenações que sejam delimitadas. Para Martins, “a imagem, como informação, depende de precisões e limites que a tornem analisáveis” (2008, p. 153), pois “o que não conseguimos delimitar, nem conseguimos perceber” (Ostrower, 1988, p. 174). Assim, a interpretação das imagens passa necessariamente pelo que Rouanet descreve como “uma pedagogia do olhar” (1988, p. 128). Não é qualquer olhar que pode ver tudo, é preciso ter um olhar educado, que domine as minúcias da anatomia do corpo, tanto as que se oferecem imediatamente à percepção como as que escapam à percepção imediata. Para o autor, há duas normatividades: a da visão e a do olhar. “Uma ética, ou uma política da visão: é preciso ver tudo. Uma disciplina do olhar: adestrar o olho, armá-lo com as tecnologias necessárias, dirigi-lo de maneira correta para o seu objeto”; afinal, é “preciso olhar corretamente o que se quer ver”.

Em outras palavras, o que Martins, Ostrower e Rouanet estão querendo mostrar é que para interpretar imagens, sejam elas pinturas, fotografias ou exames de raio X, é preciso conhecer com detalhes o contexto, as técnicas de captura da imagem e as formas pelas quais o objeto que se está observando pode se manifestar.

Além disso, Martins afirma que por trás da fotografia “há uma perspectiva do fotógrafo, um *modo de ver* que está referido a situações e significados que não são diretamente próprios daquilo que é fotografado e daqueles que são fotografados”(2008,

p. 63). Nossa percepção dependerá de dois modos de ver: aquele contido na imagem e aquele que nos é característico.

Pensando em termos de imagens médicas, a percepção do médico que examina e interpreta imagens, embora passe pela mediação de um instrumento técnico e pelo conhecimento detalhado da anatomia do corpo, expressa também o seu “modo de ver” o objeto analisado. Muitas vezes o que se vê são fragmentos do que ocorre no corpo, e a interpretação dessa imagem pressupõe informações que não estão visíveis, mas que são capturadas pela experiência e pelo conhecimento adquiridos pelo médico ao longo do tempo. Nas palavras de Merleau-Ponty, “não há visão sem pensamento. Mas não basta pensar para ver: a visão é um pensamento condicionado, nasce ‘por ocasião’ do que acontece no corpo” (2004, p. 30).

Percebe-se assim que, mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, ainda há tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza. Isto porque as imagens não falam por si mesmas, elas demandam a perspicácia de um médico que fará a leitura da imagem.

## A Visita Oficial

Para reduzir as incertezas no processo de transplante, a equipe do Serviço de Transplante Hepático se reúne às quartas-feiras pela manhã, em uma sala de reuniões no 7º andar do HC, que mais parece um pequeno auditório. Essa reunião é chamada de “visita oficial” pela equipe do transplante - momento em que se reúnem os cirurgiões da equipe, hepatologistas clínicos e pediátricos, e que conta também com a colaboração voluntária de um médico de outro hospital, especialista em análise de imagens. São convidados também a psicóloga do serviço, a assistente social, o nutricionista, a enfermeira chefe do serviço, e os alunos internos do 6º ano de medicina, os doutorandos.

Durante a apresentação de um dos casos, o residente aponta a dificuldade em avaliar a Ressonância Magnética e a Tomografia devido ao fato do paciente não ter conseguido segurar a respiração - isto prejudicou a realização do exame. Os nódulos não ficaram visíveis na ressonância, exame que deveria

ser mais nítido. Embora o exame de imagem seja detalhado, não permite um diagnóstico com 100% de certeza, ficam dúvidas em relação ao tamanho do hepatocarcinoma e se é ou não tumor.

Guilherme (R3) aponta na imagem apresentada o hepatocarcinoma e, no mesmo instante, André - radiologista de outro Hospital e que presta auxílio à equipe do transplante na análise das imagens - corrige-o, pois não se trata de hepatocarcinoma, mas da veia porta. Ouvem-se muitas risadinhas na sala da reunião. Guilherme pede desculpas e fala:

*Dr. André, chegou bem na hora de me corrigir, desculpe! (Diário de campo, 22/8/2007)*

Isso mostra a dificuldade em visualizar detalhes nas imagens e a importância do apoio do radiologista experiente para dar suporte à equipe. A interpretação depende do saber e da experiência do médico. Esse é o momento de maior estremecimento da noção de certeza construída apenas a partir de imagens. A intervenção de André revela que os níveis de certeza não estão nas imagens, mas na capacidade de interpretação do observador. Essa experiência revela que não há como eliminar a incerteza, nem as tensões constituintes e constitutivas da subjetividade.

Como ilustração, em outra circunstância, Guilherme (R3) aborda o caso de um paciente com diagnóstico impreciso. O exame anterior não indicava a presença de hepatocarcinoma. Em nova avaliação a equipe identificou um hepatocarcinoma, sem a necessidade de solicitar novo exame invasivo. Michel, chefe da equipe do transplante, exclama:

*Os profissionais se acham o máximo, mas não fizeram um bom trabalho! Como não viram o hepatocarcinoma? Como é que podemos confiar desse jeito? (Diário de campo - 08/08/2007).*

Esse é outro exemplo que mostra a importância do observador na capacidade de interpretar e revela que os níveis de certeza não estão somente nas imagens, mas devem contemplar a interpretação. E mais, exemplifica que a observação da imagem nem sempre tem correspondência objetiva e redutível aos esquemas de percepção internalizados ao longo da formação médica.

Não foi a imagem que melhorou o prognóstico, afirma Taieb (1989), mas o tratamento que ela per-

mitiu instaurar e a maneira de realizá-lo. O aparelho dá-nos informações anatômicas mais precisas, autorizando diversos procedimentos sem que seja necessário abrir o corpo do paciente.

No processo do conhecimento os médicos adquirem o *habitus* profissional. Na perspectiva de Bourdieu, o *habitus* mantém com o campo uma relação de solicitação mútua: são diferenciados, mas são também diferenciadores; “são princípios geradores de práticas distintas e distintivas” (1996, p. 21). Ele retrata um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. A noção de *habitus* tem como função escapar tanto ao objetivismo da ação, entendida como reação mecânica sem agente, quanto ao subjetivismo que retrata a ação como continuação deliberada de uma intenção consciente.

A intenção de Bourdieu é “escapar da filosofia do sujeito sem deixar de levar em conta o agente, assim como da filosofia da estrutura, porém sem esquecer os efeitos que esta exerce sobre e através do agente” (Bourdieu e Wacquant, 2005, p. 181). Bourdieu tende a se afastar dos extremos. Por um lado, procura compreender o sujeito sem dar tanta ênfase apenas aos aspectos psicológicos; por outro, procura não concentrar a análise somente na estrutura, mas nos efeitos que esta provoca no sujeito. Para ele, há insuficiências nas duas formulações: nem só sujeito psicológico, nem só sujeito objetivado, derivado da sociedade estruturada. Enfim, a subjetividade para Bourdieu não deriva só de um subjetivismo nem de um objetivismo estanques, mas de ambos.

Nas palavras de Bourdieu, existir em um campo significa “diferir, ser diferente”; no entanto, a diferença só se torna perceptível, significativa, “socialmente pertinente”, se é percebida por alguém capaz de estabelecer essa diferença (Bourdieu, 1996, p. 23). Esse campo de posições sociais se apresenta em um espaço de disposições, ou de *habitus*. A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente.

Na prática médica, esse *habitus* privilegia cada vez mais a dependência de métodos diagnósticos por imagem, em detrimento de outras formas de investigação clínica, como a anamnese ou o exame físico.

No entanto, o corpo representado numa imagem é um objeto empobrecido em contraste com a rique-

za do corpo da experiência. O corpo da experiência que traz a queixa, a história vivida pelo paciente está fora do campo recortado pela imagem objeto da interpretação. Rasia (1996), trabalhando com doentes de câncer em uma etnografia, registrou uma conversa entre o paciente e o médico: este, ao palpar o paciente, identifica uma massa tumoral de um lado do abdômen. O paciente insiste com o médico que há mais uma no outro lado. O médico volta a palpar, mas não encontra massa no lado indicado pelo paciente. Em comum acordo, a decisão que tomam é de realizar uma ecografia de abdômen total. A imagem revelou a presença de massa tumoral tanto no lado direito quanto esquerdo do abdômen do paciente.

O que se depreende desse dado é que o saber do paciente sobre seu próprio corpo aponta um caminho para o médico, diferente daquele que este tomaria se tivesse levado em conta somente sua palpação, e tomado o corpo do paciente desconsiderando a experiência vivida por este. Nesse sentido, acredita-se que as tecnologias de imagem tentam conferir à medicina um caráter de ciência exata; no entanto, não há como considerar ou se limitar a descrições objetivas, quantificações ou diagnósticos à distância: “... a dor de um não é a dor do outro e o sinal ‘que se vê’ nem sempre se liga ao sintoma ‘que se conta’ [...] No entanto, por vezes, o relato do paciente conduz mais depressa do que a imagiologia ao diagnóstico” (Sicard, 2006, p. 275). Nesse sentido, quando a medicina do visível substitui a do diálogo, a escuta enfraquece.

Ao contrário, no exemplo do diagnóstico que não identificava o hepatocarcinoma, a equipe deteve-se na análise da imagem com mais atenção, à medida que o paciente apresentava sintomas que geravam dúvidas em relação ao laudo do exame.

As tensões entre o saber e o ver na análise aparece também em outro caso discutido em reunião. A equipe de transplante apresenta imagens de um paciente com quatro anos de idade. A equipe confronta o que o saber médico sinaliza e o que a imagem apresenta, juntamente com os sintomas relatados pelo paciente, mas não chega à conclusão alguma. Sugere-se, então, pedir análise de mais dois especialistas em imagem. Há muitas suspeitas, mas a confirmação pelo exame não é objetiva, não fornece certeza.

Da mesma forma, em outro caso, André apresenta imagem de um paciente da pediatria com dez anos. As imagens foram feitas para tentar localizar o problema, uma vez que o transplante foi feito já há algum tempo e os exames de função hepática revelam que está sob controle. O paciente, no entanto, apresenta alguns sintomas preocupantes. Suspeita-se de trombo, mas André afirma que não há trombo, o que há, aparentemente, é uma fístula. Aparentemente porque não há certeza nas imagens. O radiologista se apóia nas características das imagens, sugerindo fístula em local não visível (Diário de campo, 12/09/2007).

Para apontar o que não é visível na imagem, André usa de sua experiência de radiologista e é por isto que pode ler na imagem sinais que indicam a ausência de trombo, embora suspeite de alguma irregularidade circulatória. A interpretação desta imagem, por diferenciação em relação às imagens que revelam a presença de trombo, permitem que André levante a hipótese da fístula, ou seja, que veja aquilo que não é visível.

O princípio da diferença é muito utilizado como recurso diagnóstico, quando o grau de certeza não é absoluto, recorrendo-se a comparação com casos semelhantes. Os termos “sugere”, “parece” e “aparentemente” são usados com muita freqüência por André na análise das imagens. Tanto que perguntei diretamente a Arlete - médica, chefe clínica - se esses termos fazem parte de um protocolo da equipe. Arlete respondeu da seguinte forma:

*Não, não. Às vezes André vai dizer que a imagem é clássica e às vezes ela não tem todos os aspectos pra você dizer “não, isso é com certeza um câncer de fígado”. [...] O clássico seria aquele com todas as características de tumor.* (Arlete, médica, 10/09/2007).

Os exames de imagem, assim como outros exames de laboratório, são usados como suporte para os tratamentos mas nem sempre dão a certeza esperada pela equipe do transplante - trata-se de um *habitus* marcado pela tensão entre o saber e o ver. É o que mostra o diálogo entre Michel, chefe da equipe do transplante que faz várias perguntas a José Mário (R3) sobre um dos resultados dos exames de um paciente:

*Como o paciente apresenta tanta alteração de um exame a outro? Qual sua atitude em relação a isso? Como isso ocorreu?*

*Não sabemos* - respondeu José Mário (R3)

*Com esse resultado não sei como o paciente está vivo ainda! - exclama Michel* (Diário de campo, 30/05/07).

As certezas marcadas pela técnica, pelos critérios elaborados em pesquisas científicas, tendem a proporcionar uma distância entre a equipe do transplante e o paciente, à medida que o olhar médico se dirige apenas ao hepatocarcinoma, por exemplo.

Em outra reunião, a equipe do transplante discute o caso de um paciente com hepatocarcinoma que já fez quatro alcoolizações, diminuindo o tumor para 1,5 cm. A discussão gira em torno dos pontos que esse paciente pode conseguir caso tenha um hepatocarcinoma de 2 cm ou mais.

*Se você deixar um nódulo de 1,5cm por um ano não tem problema, mas um de 2,0 cm já pode evoluir rapidamente. Então a regra é baseada em exame de imagem, só ganha pontos para listar após o tumor alcançar 2 cm* - afirma Michel, médico, chefe da equipe do transplante.

*Precisamos esperar exame que mostre o hepatocarcinoma com 2cm para listar. Não adianta listar antes* - afirma Arlete, médica da equipe (Diário de campo, 26/9/2007).

No dia seguinte, esse paciente esteve no STH para conversar com a equipe. Chegou na porta, que dá acesso ao Serviço e perguntou à equipe sobre o resultado dos exames. Em pé ouviu o que Guilherme (R3) tinha a lhe dizer.

*Nós discutimos o seu caso. O senhor tem um nódulo de 1,5 cm que não atende os critérios para transplante emergencial. Então o que recomendamos é que não se faça alcoolização para esperar que o tumor cresça até 2 cm. Para então, fazer transplante, que é o tratamento indicado para seu caso* - explica Guilherme (R3).

*Mas por que então, quando o tumor tinha 2 cm vocês fizeram alcoolização?* - questiona o paciente.

*Quando você nos procurou, você já tinha feito alco-*

*olização. Nós já orientamos a sua médica para não fazer mais alcoolização. Mas não se preocupe que a sua lesão é pequena e não lhe causará problemas. E para colocá-lo no topo da lista é preciso esperar a lesão crescer até 2 cm - explica Arlete, médica da equipe que entra na conversa.*

*Mas foram vocês que pediram a segunda alcoolização! - afirma o paciente.*

*Entenda que a epidemiologia é um órgão independente do STH. Então não fomos nós que fizemos o pedido. Assim que pudermos nós listaremos você. Não tenha pressa, você está bem, não descompensou! - pondera Arlete.*

*Mas eu não tenho pressa! - exclama o paciente. O transplante é mais uma alternativa* (Diário de campo, 27/09/2007)

Após o diálogo, Arlete parece deixar o paciente falando sozinho - atitude surpreendente, pois até então sempre pareceu muito atenciosa e preocupada com os pacientes - ao mesmo tempo em que responde a todas as perguntas com atenção. Rapidamente muda de postura, vira as costas e segue pelo corredor. O paciente, sem graça, continua argumentando sobre seu caso, Guilherme (R3) e João (R4), que estavam sentados à mesa de reuniões da sala, de costas para a porta, não olham diretamente para ele, respondem os comentários sem parar de preencher documentos. Fico constrangida, pois nesse momento o paciente fala olhando para mim, procurando um interlocutor, pois parecia estar falando com as paredes ou consigo mesmo. Para a equipe o assunto parece que havia sido encerrado com a fala de Arlete.

Pode-se inferir que o que encerrou a conversa foi a certeza de que a imagem, que revela um tumor de apenas 1,5 cm, não é suficiente para que o paciente seja alocado no topo da lista de espera por um transplante. Isso revela a crença da equipe do transplante nos critérios objetivos estipulados pelo Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, que coordena a lista dos pacientes à espera de um fígado. Critérios que traduzem um raciocínio concreto, instrumental, objetivado, baseado em resolução eficaz dos problemas.

No “encontro” entre médico e paciente emerge o discurso absoluto da medicina, promovido pela clínica. Discurso que nos remete à reflexão de Latour

(2000) sobre a ciência e as duas faces de Jano. O lado esquerdo da face de Jano aceita os fatos sem discutir, representa as partes resolvidas da ciência - a ciência acabada. O lado direito da face descarta os fatos inúteis, procura pontos fracos, representa as partes não resolvidas da ciência - a ciência em construção. A correlação entre o olhar e a linguagem, entre o visível e o enunciável, nos coloca diante do chamado “discurso simultâneo da ciência” - da mesma forma que há diferença, há complementaridade, relativizando o discurso. Este gera controvérsias entre a certeza da ciência e os questionamentos sobre ela. E parece que é dessa forma que se constitui o discurso médico, até que num determinado momento da história, a face esquerda prevalece e toma a palavra, o discurso torna-se absoluto, consolida-se a “caixapreta” da medicina: um conhecimento simplificador, controvertido historicamente, que detém a verdade e está voltado para si mesmo. No exemplo acima, deixa de existir o diálogo entre a equipe do transplante e o paciente e a versão final dos fatos é a da ciência médica e ponto final.

O último exemplo nos remete também à interpretação que Cicourel (2002) faz da comunicação entre médico e paciente. Para esse autor, médico e paciente estão em campos semânticos distintos. Se, de um lado, o médico limita-se a enxergar o paciente como um corpo debilitado e doente, de outro, o paciente sente e vive, de forma intensa, a doença. O médico procura codificar as informações até certo ponto ambíguas do paciente e as traduz em categorias abstratas que tendem a facilitar a resolução eficaz do problema. Para isso ele utiliza conhecimentos científicos adquiridos, assim como sua experiência terapêutica. Cada vez que o médico relaciona hipóteses referentes aos problemas passados ou atuais do paciente, vários sintomas são ignorados, outros mal compreendidos e outros reinterpretados de forma a enquadrar esses dados na base de seus conhecimentos e esquemas intelectuais anteriores e emergentes. O médico, assim, tenta neutralizar a tensão entre o saber e o ver, a partir da crença de que ele não pode levar em conta os mistérios, as magias, as emoções, os sentimentos que fazem parte da subjetividade do paciente sob risco de perder a capacidade de objetivar e produzir certezas sobre a doença.

O paciente, por sua vez, recorre a um campo semântico específico para traduzir as crenças das

quais faz uso em suas doenças. Esse sistema de crenças pode ser entendido como um conjunto de esquemas ou um modelo mental utilizado para compreender as suas experiências diárias e as informações complexas às quais o paciente é submetido quando interage com modos de comunicação altamente formalizados e objetivados - uma entrevista médica, por exemplo.

Para o paciente que tem um hepatocarcinoma a alternativa do transplante é a solução de seu problema, tirar o fígado que não funciona e trocá-lo por outro sadio. Na conversa com a equipe do transplante, o que procura são informações para compreender o que se passa em seu corpo. Afinal, um câncer no fígado, independente do tamanho do tumor, é um dado significativo para o paciente: este precisa interpretar, reinterpretar o que sente, pois é ele quem vive, sente a doença como experiência singular.

O médico, por sua vez, constitui o seu *habitus* a partir de uma formação centrada na crença de que os mistérios, as magias, as emoções, os sentimentos que fazem parte da vida do paciente, só podem ser levados em conta parcialmente, pois do contrário comprometem a capacidade da medicina objetivar e produzir certezas sobre a doença. Assim, a despeito de todos esses mistérios que constituem a existência concreta do paciente, é imperativo para o médico identificar e objetivar a doença no corpo.

No discurso da equipe do transplante está presente a preocupação com a relação médico-paciente, no sentido de ouvir o que eles têm a dizer:

*Aqui eu acho que a gente luta pra preservar isso [a relação médico-paciente]. Mas de uma maneira geral eu vejo que hoje em dia os pacientes sentem falta de um médico que escute, e que fale, e que deixe os pacientes falarem, então... eu acho que ao mesmo tempo que a gente faz a medicina de ponta, aqui no transplante, a gente procura manter um pouco da atenção, do carinho para os pacientes... às vezes a visita no leito é rápida mas a gente fala três ou quatro frases com carinho, com atenção... eu acho importante (Arlete, chefe clínica, 10/9/2007).*

O fato da equipe do transplante admitir que leva em conta o que o paciente sente, pensa, não garante que o paciente está efetivamente sendo levado em conta no que se refere às suas angústias. Apesar

do médico ter destacado como importante essa relação, o depoimento revela que a preocupação maior é de falar, de acalentar o paciente, não de ouvir. No contato médico-paciente, o objetivo não é necessariamente ouvir o paciente, mas conseguir com essa aproximação aumentar a confiança dele no tratamento. As palavras carinhosas e afetuosa podem ser interpretadas como estratégias para obter a adesão ao tratamento, estabelecendo, assim, a relação de poder, conforme as formulações de Cicourel (2002). Pode-se levantar aqui a hipótese de que a adesão ao tratamento se dá por uma das seguintes condições: subjetivação da doença ou obediência à ordem médica. A não adesão, entendida como rebeldia do paciente, revela apenas a desobediência às prescrições e à imposição da medicina sobre a vontade do paciente.

No caso citado anteriormente, o paciente que questiona a alcoolização está indagando sobre o parecer da equipe e demandando atenção e escuta. É nesse momento que o médico interrompe o diálogo, vira as costas e encerra o assunto, eximindo-se da responsabilidade pela conduta adotada, transferindo-a para uma instância abstrata demais para o paciente, a epidemiologia.

Pode-se levantar também a questão de que a conversa com o paciente não passa de um monólogo mascarado em forma de diálogo, no sentido de que todo o discurso médico é mediatisado pelas informações objetivas sobre o paciente registradas no prontuário e pelos critérios objetivos de listagem para transplante. Dessa forma, para Clavreul, o diálogo é apenas um encontro do médico com seu próprio discurso, vez que para ele o doente não sabe o que diz, “pois o que diz de seus sintomas só toma sentido no discurso médico, e deste ponto de vista o que diz seu corpo é mais seguro do que o que diz sua voz” (1983, p. 158). Os sinais físicos revelados pelos exames de imagem são mais objetivos, mais concretos - apesar da margem de incerteza que carregam - do que a sintomatologia relatada pelo paciente, que é subjetiva e, portanto, suspeita.

Para Clavreul, na instituição médica tanto médico como paciente são destituídos de sua subjetividade; ao médico cabe representar a instituição. A doença é o objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o ser humano unicamente o terreno

no qual esta se instala. Portanto, o único sujeito do discurso médico é aquele que o enuncia, o médico. É nesse ponto que se funda a relação médico-paciente, na exclusão das posições subjetivas de um e de outro. Ambos se submetem à razão médica (Clavreul, 1983).

Da mesma forma, no exemplo anterior, quando o paciente questiona indiretamente a conduta da equipe do transplante, o que ocorre é uma ruptura com esse acordo mútuo de exclusão das posições subjetivas. Coloca-se em xeque a razão médica. O *habitus* médico é tensionado, posto à prova pela atitude e pela palavra do paciente. E qual a reação da equipe? Para evitar prejuízos à objetividade necessária na relação médico-paciente, a equipe dá por encerrado o assunto.

## Imagen e Subjetividade

Assim como os pacientes, a equipe vê o mundo sob o filtro de suas representações, de seu imaginário, concepções criadas e alimentadas no processo de formação e socialização médicas. Nesse processo consolida-se o *habitus* médico, modos de agir que se transmitem geração após geração de médicos. Esse *habitus* pode ser identificado na postura do médico diante do paciente nas consultas, nos pedidos de exame, nas reclamações por obediência a prescrições ou nos elogios quando estas são seguidas à risca e também, principalmente, quando o discurso médico sai em defesa de um transplante de fígado, por exemplo, como a única saída para o paciente. Este discurso muitas vezes supervaloriza os resultados objetivos do transplante, excluindo os aspectos subjetivos do processo, o paciente.

Nesse sentido, não há como discutir as tensões entre o saber e o ver presentes na equipe do transplante sem considerar as tensões dos pacientes, pois os indivíduos se desenvolvem nas e pelas relações com outros seres humanos.

Na abordagem de Clavreul (1983), a relação médico-paciente se constitui pela exclusão das posições subjetivas, tanto de um quanto de outro. No entanto, o autor admite que não se elimina toda a subjetividade no processo, ela está sempre emergente porque está nas fronteiras, à margem do processo de objetivação,

ameaçando a zona de conforto da equipe.

No lado do paciente, a subjetividade que está nas fronteiras pode fazer surgir sentimentos da ordem do pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar exames, tratamentos e medicamentos. No lado do médico, esses sentimentos podem prejudicar a objetividade necessária ao diagnóstico e à tomada de decisões em relação aos imperativos terapêuticos. Nesse contexto, a subjetividade se constitui e é constituída nessas condições objetivas e emerge, portanto, de relações de tensão e harmonia. No exemplo da seção anterior, quando o paciente questiona indiretamente a conduta da equipe, na verdade ele estremece a certeza da própria equipe, questiona o *habitus*, invade a zona de conforto.

O emprego de tecnologias de imagem oferece melhores condições objetivas de diagnóstico e tratamento, contudo, apresenta um alto custo subjetivo para as equipes que as utilizam, pois esses procedimentos exigem muito conhecimento para a interpretação, habilidade no manejo destas técnicas e envolvimento do médico com seu ato e com os cuidados dedicados ao paciente. Para Camargo Júnior<sup>18</sup>, apesar do médico colocar-se no polo objetivo desse confronto, ele não está imune às tensões entre o saber e o ver, pois seu raciocínio está sujeito ao julgamento de sua experiência. Da mesma forma que seus pacientes, o médico vê o mundo por meio de um filtro de representações, um imaginário protegido pelo escudo da racionalidade científica. Algumas dessas concepções são criadas e alimentadas no processo de ensino-aprendizagem. Algumas se consolidam e passam de geração em geração de profissionais; crenças também se solidificam mesmo sem base empírica. “Por exemplo, exames complementares que gerem uma imagem ou um valor numérico são mais prontamente aceitos pelos médicos como expressão da ‘verdade’, mesmo que não haja nenhuma razão científica para isso” (Camargo Júnior, 2003, p. 90).

As tensões que emergem no uso das tecnologias médicas, principalmente quando se trata de imagens, são marcadas pela promessa da certeza que a imagem pode oferecer e a capacidade de sustentar uma interpretação 100% confiável. Essas tensões repercutem sobre a subjetividade do médico e dos demais membros da equipe do STH-HC.

## Conclusão

O transplante de órgãos vem se beneficiando dos progressos alcançados pela ciência e pela tecnologia médicas. A equipe do transplante, principalmente os médicos, tem à sua disposição imagens que permitem visualizar detalhadamente a anatomia do fígado sem necessitar “abrir o paciente para ver”. No entanto, a própria equipe relata que não há certeza absoluta, muitas das imagens apenas “sugerem” certos aspectos dos órgãos: fígado, pâncreas, baço etc.

Toda imagem demanda a análise e interpretação, de preferência de um especialista em imagem capaz de identificar o que esta revela. E é nesse momento que se percebem as insuficiências das imagens e ao mesmo tempo do manifesto pela certeza; da ilusão de uma prática de interpretação sem a presença da subjetividade de quem interpreta.

Na análise de imagens médicas o que está em jogo também é o modo de ver o objeto analisado. Muitas vezes o que se vê são fragmentos do que ocorre no corpo, e a interpretação dessa imagem pressupõe informações que não estão visíveis, mas que são capturadas pela experiência e pelo conhecimento adquiridos pelo médico ao longo do tempo e também na sua relação com o paciente.

Percebe-se, assim, que mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, não se elimina a tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver. A incerteza presente nos procedimentos, nos limites da intervenção médica, demonstra que a subjetividade não foi totalmente substituída pela objetividade. Não se pode falar de uma subjetividade domada. O medo, a angústia, sentimentos que estão nas fronteiras desse processo, ressurgem, ameaçando todo tipo de certeza e, portanto, de objetividade.

## Referências

- BOURDIEU, P. *Razões práticas*: sobre a teoria da ação. 6. ed. Campinas: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, P; WACQUANT, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.
- CAMARGO JÚNIOR, K R. *Biomedicina, saber e ciência*: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CICOUREL, A.V. *Le raisonnement medical*: une approche socio-cognitive. France: Seuil, 2002. (Collection Líber).
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- LATOUR, B. *Ciência em ação*: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Unesp, 2000.
- MARTINS, J. S. *Sociologia da fotografia e da imagem*. São Paulo: Contexto, 2008.
- MERLEAU-PONTY, M. *O olho e o espírito*. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.
- MONTEIRO, R. H. *Videografias do coração*: um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco. 2001. p. 1-84 Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- OSTROWER, F. A construção do olhar. In: NOVAES A. (Org.). *O olhar*. São Paulo: Cia das Letras, 1988. p. 167-215.
- RASIA, J. M. Hospital: socialidade e sofrimento. 1996. p. 1-214. Tese (Professor Titular em Sociologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- ROUANET, S. P. O olhar iluminista. In: NOVAES A. (Org.). *O olhar*. São Paulo: Cia das Letras, 1988. p. 125-148.
- SICARD, M. *A fábrica do olhar: imagens de ciência e aparelhos devisão (século XV-XX)*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- TAIEB, A. L'homme transparent. L'Hôpital à vif. L'état dès lieux. *Autrement*, Paris, n. 109, p. 33-36, Sept.1989. Série Mutations - Entrevista.

Recebido em: 14/09/2010

Reformulado em: 18/04/2011

Aprovado em: 07/06/2011