



Tecnologia e Sociedade

ISSN: 1809-0044

revistappgte@gmail.com

Universidade Tecnológica Federal do
Paraná
Brasil

Maciel-Lima, Sandra Mara; de Souza-Lima, José Edmilson
Saber e Sentir na Prática Biomédica.
Tecnologia e Sociedade, vol. 7, núm. 12, enero-junio, 2011, pp. 1-6
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Curitiba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496650333007>

- 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

Saber e Sentir na Prática Biomédica *Knowing and Feeling in Biomedical Practice*

Sandra Mara Maciel-Lima
José Edmilson de Souza-Lima

Resumo

O presente artigo tem como objetivo tornar visíveis as tensões entre o saber e o sentir da equipe do Serviço de Transplante Hepático que atua no Centro de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Para tanto, utiliza-se da metodologia de abordagem qualitativa, da etnografia e do estudo de caso como procedimentos técnicos. Os dados foram coletados no período de abril de 2007 a março de 2009, por meio de observação e entrevistas semi-diretivas realizadas com a equipe do transplante. O saber e o sentir estão vinculados a racionalidades que são, em geral, apreendidas como racionalidades separadas, uma racionalidade instrumental (objetiva, fria e calculativa) e outra racionalidade (subjéctiva, emotiva). Conclui-se que, no campo das tensões entre saber e sentir, a despeito do predomínio do saber, como expressão de uma racionalidade vitoriosa, o sentir aparece como expressão de dor, sofrimento e compaixão.

Palavras-chave: Tecnologias médicas; Transplante Hepático; Saber; Sentir; Biomedicina; Racionalidades.

Abstract

This article explains the tensions between knowledge and experience service staff who work in liver transplant a liver transplant center. We also use the methodology of qualitative approach, ethnography and case study as technical procedures. Data were collected from April 2007 to March 2009, through observation and semi-directive with the team performed the transplant at the Hospital de Clínicas of Universidade Federal do Paraná. The knowledge and experience are linked to rationales that are generally perceived as separate rationales, an instrumental rationality (objective, cold, calculative and lifeless) and rationale other (subjective, emotional and full of life). However, it concludes that the field of tension between knowing and feeling, despite the predominance of knowledge, as an expression of triumphant rationality, feeling appears as an expression of pain, suffering and compassion.

Keywords: Medical Technologies; Liver Transplantation; Knowledge; Experience; Biomedicine; Rationalities.

Introdução

O conceito de saber biomédico aqui utilizado está associado ao conjunto de saberes dos profissionais vinculados à biomedicina, ou medicina convencional, não se restringindo ao saber dos médicos,. Este saber biomédico ocidental está vinculado a uma tradição epistemológica instrumental. Um dos pressupostos desta tradição é a capacidade de se distanciar do paciente com vistas a evitar envolvimento que contaminem a relação de cura. Neste sentido, o saber biomédico é um saber próximo de um saber técnico/objetivo, capaz de identificar de forma objetiva as falhas do organismo humano e, igualmente de forma objetiva, proporcionar intervenções que reparem as referidas falhas. Estas intervenções são feitas baseadas em um pressuposto, o da cura do paciente. A prática cirúrgica, sobretudo a de alta complexidade, é o ápice deste distanciamento entre profissional da saúde e paciente.

Na tradição biomédica ocidental o que se privilegia é o controle das emoções, vez que estas são vistas como obstáculos aos processos considerados bem sucedidos de cura. Isto não significa que o profissional da saúde ignora ou desconhece o paciente. Na realidade, o conhecimento do médico acerca do paciente está associado ao conhecimento clínico, derivado em geral de exames, não necessariamente dos conhecimentos “incertos” e “duvidosos” colhidos da história de vida dos próprios pacientes. Não se trata de apresentar o profissional da saúde como um ser insensível e incapaz de se emocionar. O fato é que, no arcabouço do saber biomédico, ele é induzido, treinado e condicionado a controlar as emoções.

Metodologicamente, os dados foram coletados no período de abril de 2007 a março de 2009, por meio de observação e entrevistas semi-diretivas realizadas com a equipe de transplante do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Embora, em termos práticos, não se pode separar o saber do sentir biomédico, é possível identificar momentos de predomínio entre um e outro e que conseqüências isto traz para a própria prática biomédica e para os conhecimentos dela derivados. Neste sentido, é imperativo ir a campo com vistas a investigar como se materializam as tensões entre estes domínios inseparáveis da condição humana, o saber e o sentir. Quais são as implicações teóricas e práticas deste possível predomínio de um sobre o outro?

Relação médico-tecnologia-paciente

Para se pensar a emergência das tensões entre o saber e o sentir no campo da saúde, é preciso levar em conta a relação médico-paciente. Na história do desenvolvimento das práticas médicas, há indícios de que alguns níveis de complexidade na relação médico-paciente tenham surgido na base do próprio desenvolvimento das práticas médicas. Dessa forma, deixavam-se de lado as possíveis interferências psicológicas dos pacientes, bem como as características da idade e temperamento. Assim, pode-se afirmar que o médico deixava de lado o sentir dos pacientes.

Entretanto, Moreira Filho (2005, p. 35) alerta para o fato de que “os recursos que a técnica hoje coloca à disposição da Medicina imprimem também sua marca na relação médico-paciente”. Tais dispositivos fazem com que a relação médica seja menos pessoal no sentido de que um eletrocardiograma, por exemplo, possa substituir um diálogo entre médico e paciente. Esses meios disponibilizados pela tecnologia moderna aumentam a autoridade dos médicos aos olhos dos pacientes e fazem-nos parecerem donos de uma verdade ainda mais absoluta (MOREIRA FILHO, 2005, p. 35). A utilização da tecnologia na medicina realça os aspectos objetivos das enfermidades e, muitas vezes, uma anamnese detalhada é substituída por uma série de exames instrumentais.

Se até a primeira metade do século XX, os clínicos contavam com o Raio X como único meio de revelar uma imagem do corpo, estavam, porém, mais atentos à história que o paciente contava, à ausculta e a palpação do corpo, na busca por um diagnóstico. Atualmente os especialistas prestam mais atenção aos papéis e filmes, a imagem revelada por um “meio eletrônico”, podendo fazer um diagnóstico até mesmo sem olhar para o paciente e, no limite, sem a presença deste. A abundância de dados produzidos pela moderna tecnologia médica fez com que o “pêndulo da Medicina” oscilasse rumo à objetividade.

A crença na objetividade presente na tecnologia médica e na biomedicina tende a criar expectativas absolutas do paciente no processo de cura e do médico na sua capacidade de curar. Para Canguilhem (2005), isto não é suficiente, pois a cura pressupõe a complementaridade entre médico e paciente, uma relação intersubjetiva entre ambos.

Em pesquisa etnográfica realizada em um hospital público da Província de Buenos Aires, Bonet (2004) afirma que a produção da identidade dos médicos se dá na constante tensão entre o “saber” (oficial, instrumental) e o “sentir” (romântico, subjetivo).

Bonet (2004, p. 15) buscou “observar como os residentes aprendem na prática o *habitus* do trabalho médico, com a perspectiva de compreender como, por meio dessa incorporação, vão modelando suas subjetividades”. Um dos argumentos utilizados pelo autor é que os médicos, quando passam a fazer parte da biomedicina, de um lado, estão seduzidos pelo que ela representa e, de outro, se rebelam contra a posição em que ela os coloca: “divididos entre o que precisam fazer para ‘saber’ e o que ‘sentem’ ao fazer. ‘Saber e sentir’, esta é uma manifestação da tensão estruturante que os mantêm, por meio do qual eles se constituem e, em muitas ocasiões, padecem” (BONET, 2004, p. 16).

Pode-se inferir que no bojo dessa discussão permeia a concepção de meados do século XX, de que o médico deve estar do lado da razão, pois as paixões humanas turvam a visão impedindo que o médico assegure o valor científico, objetivo do seu trabalho (CLAVREUL, 1983). No imaginário médico, ele “é um personagem heróico, cavaleiro da ciência e do dever” (Clavreul, 1983, p. 89).

Nesse sentido, para que se mantenha o status de mestre, o médico precisa identificar-se com os valores prescritos na ordem médica, não se afastando da objetividade necessária à prática médica, evitando assim, que o saber médico seja questionado. Mas para isso, torna-se necessário manter distância em relação ao paciente, reafirmando o discurso médico, os valores da ordem médica, enfim, exaltando sua autoridade.

No espaço social do hospital, a autoridade depende da posição hierárquica do médico. O médico titular, pesquisador, cirurgião, pertence a uma classe hierárquica mais elevada que um médico clínico ou mesmo um residente. Aos médicos cirurgiões, cabe dominar as técnicas de mais alta complexidade; ao médico clínico, por sua vez, cabe o contato mais próximo com os pacientes e um saber generalizado sobre as enfermidades. Sendo assim, médico cirurgião que trabalha em transplante hepático precisa manter-se atualizado em relação às técnicas cirúrgicas condizentes com o objetivo do transplante e focar sua atenção no fígado do paciente.

Para Jeferson,

“O dr. Michel tem pouco contato com o doente, mas isso acontece em todo serviço de transplante. Em todo serviço, o chefe tem outras milhões de coisas pra fazer e ele é chamado no momento onde é para decisão, que nós preparamos tudo e entregamos já para ele fazer aquilo que ele sabe fazer de melhor [implante do enxerto, hepatectomia e as anastomoses vasculares venosas]” (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Nesse depoimento, percebe-se a autoridade instituída. Na percepção de Jeferson, a posição hierárquica de Michel, cirurgião chefe da equipe do transplante, justifica sua postura distante do paciente. Sua intervenção é diretamente no objeto de sua prática, o fígado. As demais funções são delegadas aos residentes, ao clínico e à equipe de enfermagem. No trecho recortado, predomina o saber-fazer objetivista, pois não parece haver espaço para o sentir, conforme conceituação exposta antes por Bonet (2004). O entrevistado legitima e justifica o predomínio de uma racionalidade instrumental sobre outras racionalidades possíveis. O pressuposto do entrevistado é que para o dr. Michel fazer o que precisa ser feito, não há necessidade dele constituir vínculos fortes com o paciente. Além de não contribuir, qualquer vínculo ainda pode se projetar como obstáculo ao êxito do transplante.

A fala do entrevistado traz embutido um dos principais pressupostos da ciência moderna, que prescreve o distanciamento entre sujeito e objeto da pesquisa e a redução/eliminação de qualquer elemento subjetivo capaz de contaminar os resultados da relação fria entre sujeito e objeto. Neste tipo de prática médica, o cirurgião não precisa necessariamente saber quem é o paciente para além de sua descrição clínica. O procedimento é reduzido à troca do órgão, tal como uma peça de uma máquina. A pergunta que emerge é: no interior desta prática biomédica hegemônica, é possível um cirurgião bem sucedido que mantenha vínculos fortes com o paciente?

Em dois depoimentos, fica clara a aceitação da “distância” do cirurgião em relação não só aos pacientes, mas também à equipe em geral. Para Jeferson,

O cirurgião tem que aprender a trabalhar em cima de um ambiente de estresse [...] Se o cirurgião não tiver isso na formação dele, não adquire nunca mais. Isso é do tempo da formação do cirurgião, trabalhar num ambiente com estresse, com tensão. Porque ele é o responsável pelo doente no centro cirúrgico, não interessa qual seja a função de cada um. Tanto é que por isso, todos nós que somos os subordinados, temos admiração pelo dr. Michel por conta disso. Porque ele sabe... está certo que ele já tem bastante tempo... às vezes até não tem tanta paciência com a gente mas... isso é o perfil do cirurgião. Não tem, não existe outro tipo de cirurgião. A pessoa pra assumir essa especialidade de cirurgião tem que ser assim. Pelo nível de cobrança em cima dele, não só pessoal, entendeu? (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

No depoimento, o fato de “não ter paciência” com os residentes revela o *habitus* constituído, aceito como funcional àquele campo. Assim, no campo do saber médico, a postura do cirurgião em tratar a doença, o fígado, é funcional à prática médica. Neste depoimento não há lugar para o sentir, pois no contexto da intervenção cirúrgica, o que é mais valorizada é a capacidade de controlar o sentir, ou não deixar-se contaminar por ele, pois isto poderá comprometer o êxito da cirurgia. A rigor, são depoimentos que justificam e reforçam, no campo da prática biomédica, o predomínio de uma racionalidade instrumental que distancia mais do que aproxima médico de paciente.

As brechas para o sentir

A experiência no STH é “carregada de extrema responsabilidade”, afirma Jéferson,

porque é um doente que às vezes te vê aqui e amanhã na rua e, toda vez que morre alguém, vem aquele sentimento de frustração. E qual é a nossa... coisa de ser humano? É procurar quem é o culpado (JEFERSON, residente 18/10/2007).

Tiveram dois casos que me abalaram profundamente, no sentido de que se fez muito pelo paciente, a corrida foi grande da equipe, da família, os custos fenomenais e ao final o paciente morre. (JOSÉ MÁRIO, residente. 24/5/2007).

Nos dois depoimentos anteriores, a frustração é o sentimento causado pelo não sucesso do tratamento ou da intervenção. “Não seriam somente a morte ou o sofrimento do indivíduo que explicariam o sofrimento do médico, mas esse sentimento de impotência, de perda de controle sobre seu trabalho, de impossibilidade de fazer algo positivo para o paciente” (MACHADO, 1997, p. 166). Essa análise ajuda a estabelecer uma relação entre a autonomia técnica e os efeitos danosos do

ambiente na vida diária dos médicos, especialmente aos que trabalham em organizações hospitalares.

Nesse sentido, pelo fato de no transplante hepático os médicos realizarem intervenções cirúrgicas e clínicas em pacientes frágeis pela insuficiência hepática grave e que envolve riscos vitais, torna os médicos propensos a se sentirem desgastados física e psicologicamente ao longo da prática médica.

Desde a sua formação, os médicos são socializados para se sentirem responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência médica. Treinados e acostumados a salvar vidas, a estar disponíveis e aptos ao ofício a qualquer hora do dia e da noite, os médicos acabam se tornando, na prática, “guardiões da vida”. Premissas importantes para compreender o que se passa no cotidiano desses médicos, seus dilemas, suas angústias e certo “sentimento de incapacidade” frente às adversidades (MACHADO, 1997).

Bastos (2006, p. 73) argumenta que, da mesma forma que para se trabalhar num campo contaminado, devem-se tomar medidas assépticas; para desempenhar as suas funções, os médicos desenvolvem defesas contra a angústia diante do sofrimento e da morte. Uma defesa comum é a de se posicionar na luta contra a doença, em oposição a ela e, freqüentemente, em oposição ao doente. “Isso gera o sentimento de que o sucesso e o fracasso do tratamento recaem exclusivamente sobre o médico – uma vez que o paciente está excluído da cena”.

Contudo, o sentir, materializado na forma de angústia, não é privilégio dos médicos, pois da mesma forma, a enfermagem sofre ainda mais quando o paciente morre. Os vínculos estabelecidos entre estes profissionais e os pacientes parecem ser muito mais fortes do que os dos médicos. Em função disso, os custos também parecem ser maiores em termos de sofrimento.

Nós da enfermagem, damos um duro danado, deixamos nossa energia aqui e o que recebemos em troca? Muitas vezes nos dividimos em dez para dar de tudo que o paciente precisa e, no final das contas, ele morre! O que ganhamos com isso? (MARINA, enfermeira, 26/04/2007).

Esse depoimento revela que é difícil para a equipe de enfermagem aceitar a morte dos pacientes, sentem-se responsáveis. Para Rasia (1996), a perda nesses casos rompe com um espaço de sociabilidade criado no enfrentamento de dificuldades no trabalho, exigindo um trabalho de luto e certo grau de estresse.

Numa conversa com Vanessa (auxiliar de enfermagem), foi-lhe perguntado sobre um dos pacientes que havia chegado da UTI em estado grave na semana anterior durante a entrevista e ela respondeu:

– “Ele faleceu. Nunca havia passado por uma situação dessas! Cuidar para a morte! Foi horrível!”

A resposta suscitou nova pergunta.

– “Mas você nunca presenciou a morte de um paciente?”
– Já presenciei, mas nunca recebi um paciente para cuidados para a morte, e sim, para cuidados para a vida! Sempre cuidamos para a melhora. Foi muito estranho!.

Na verdade, esse paciente foi retirado da UTI para liberar um leito; já que seu estado era irreversível, voltou para o STH para esperar a morte, pois os médicos já haviam retirado toda a medicação e a orientação dada às auxiliares era de não interferir nesse processo (Diário de campo, 08/07/2007). Vanessa sentiu-se deslocada de seus propósitos profissionais, distante do imaginário e das representações que servem de base para a atuação da enfermagem, cuidar para a vida.

O sofrimento que surge na relação com o paciente do transplante se expressa no rosto, nas lágrimas. Sofrimento que, para Ricoeur (1994), não é dor, a despeito do próprio autor manifestar dificuldades em separar esses dois conceitos. Pode-se pensar em utilizar o termo “dor” aos sinais localizados em órgãos específicos do corpo e o termo “sofrimento” para os sinais localizados sobre a reflexividade, a linguagem, a relação consigo mesmo, a relação com o outro. Não há como identificar uma dor pura ou um sofrimento unicamente psíquico, pois a fronteira entre ambos é tênue. Não há como considerar isoladamente uma da outra, pois uma dor física geralmente vem acompanhada de um sofrimento psíquico, assim como, um sofrimento psíquico pode apresentar somatização. Assim, o sofrimento expressa-se não só pelas lágrimas, mas também, pela queixa, um pedido de ajuda, de socorro, que é dirigido ao “outro”.

Nesse sentido, o sofrimento, decorrente de uma maior aproximação com o paciente, está sempre presente na prática da equipe do transplante. E nessa relação com o outro, sofrer pode significar também suportar, uma possibilidade de neutralização da ação, que tende a se refletir em um sentimento de vitimização ou de impotência diante da situação do paciente. Sofrimento que afeta “o poder do dizer, do fazer, do narrar e do narrar-se, assim como o poder de considerar a si mesmo

como agente moral". A impotência do dizer se mostra como uma ruptura entre o querer e o poder, expressando-se, muitas vezes, por meio da queixa, um pedido de ajuda (RICOUER, 1994, p. 62, tradução nossa).

Outro fator importante a ser considerado é o conflito entre o querer e o poder. Nem sempre o "eu-querer" e o "eu-posso" coincidem. Quando isto ocorre, numa mesma ação dão origem a um sentimento de satisfação. No caso da equipe do transplante, pode-se afirmar que o desejo de salvar a vida do paciente se refere ao querer, que nem sempre é poder, pois "salvar" depende de outras variáveis. Quando querer é diferente de poder, tem-se a dor, a dor moral (ARENDT, 2004). Dor que surge na diferença entre querer e poder, mas também entre saber e sentir. Dor moral expressa pelo sentimento de impotência, de frustração, no isolamento, na depressão e que finalmente se corporifica nas lágrimas de Solange e de Valéria, por exemplo.

Situação presente também no relato de Valéria, auxiliar de enfermagem,

Eu já passei uma experiência aqui, eu estava com um ano de transplante, passei umas coisas que ninguém passou, acho. Que foi o momento de seis anos que eu tenho de enfermagem, que eu entrei em crise. Eu cuidei de uma menina que tinha a minha idade na época, estava com 21 anos. Eu cuidei dela durante o ano inteiro. Ela ficava muito tempo aqui, ficava três meses internada e ia embora. Criando aquele vínculo, aquela amizade, tinha a minha idade, conversa vai, conversa vem. Aí no final de semana, eu trazia o esmalte, trazia prancha, pintava a unha dela, fazia escova no cabelo e tudo, e assim foi durante um ano. Idas e vindas dela (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/06/2007).

O que se percebe nesse trecho é uma relativa intimidade que se cria entre a equipe de enfermagem, a doença e o doente. Na percepção de Rasia (1996, p. 174), a intimidade é relativa porque "se produz a partir de um modelo internalizado ou introjetado de doente, resultante de representações desenvolvidas socialmente e de representações específicas produzidas pela cultura organizacional sobre o doente, a doença e o trabalho do enfermeiro".

O trabalho da enfermagem é quase sempre entendido como um trabalho de "cunho missionário, de devotamento ao que sofre, de abnegação e renúncia, só comparável ao sacerdócio" (RASIA, 1996, p. 174-175). Sentimento muito forte ainda entre a equipe de enfermagem.

Pode-se afirmar que o mesmo fator, que na relação entre equipe de enfermagem e doentes, é responsável pela relativa intimidade, é também gerador de sofrimento diante da morte do paciente. Não é fácil aceitar o fato: "uma pessoa que eu cuidei [...] e morrendo ali...". O sofrimento pela perda da paciente provoca na auxiliar de enfermagem um sentimento de impotência diante da morte, provoca questionamentos em relação à sua profissão, levando-a a procurar ajuda. Quando Valéria afirma que passou por uma "crise profissional" e "tinha que acordar porque aquelas coisas podiam acontecer", concluindo que "não [tinha] estrutura emocional para lidar com criança", na perspectiva de Dejours & Molinier (1994, p. 140), significa que desenvolve "estratégias coletivas de defesa" para enfrentar o sofrimento.

Assim, a normalidade presente no trabalho da equipe da enfermagem é interpretada como o resultado de um compromisso entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra o sofrimento no trabalho. A normalidade no trabalho da equipe não implica na ausência do sofrimento, pelo contrário, o que ocorre é uma "normalidade sofrida", que aparece não como efeito passivo de um condicionamento social, de conformismo ou banalização da situação, mas como resultado de uma conquista contra a desestabilização pelos constrangimentos do trabalho. Pode-se afirmar que "o sofrimento não é um efeito de um vivido, é de fato um estado mental que implica um movimento reflexivo do sujeito sobre o seu 'ser no mundo', sobre a sua condição" (DEJOURS e MOLINIER, 1994, p. 140, tradução nossa).

Lidar com a morte no dia-a-dia do trabalho leva a equipe a desenvolver estratégias para evitar ou negar o sofrimento,

a gente lida naturalmente [com a morte]... é aquela dorzinha, aquela coisa assim, depois vai aliviando... porque a gente vê que era muito grave pra pessoa, não podia usufruir das coisas, da vida, então, a gente já vai se conformando (ELIANE, auxiliar de enfermagem, 09/07/2007).

Os depoimentos expostos nesta seção, sobretudo os da equipe de enfermagem, revelam o predomínio do sentir sobre o saber. A despeito de se tentar domesticá-lo em nome do distanciamento e da frieza demandados pela prática em um centro cirúrgico, não há como deter de forma absoluta o sentir, pois ele insiste em encontrar brechas para se materializar em formas diversificadas de sofrimento. Parece que, entre a equipe de enfermagem, o sentir emerge com mais contundência do que entre a equipe médica. Talvez a proximidade entre equipe de enfermagem e pacientes seja muito mais intensa e isto explique uma presença maior do sentir. Nas brechas de uma racionalidade que orienta e prescreve a frieza do cálculo, do olhar para o paciente não como um ser humano, mas como um órgão inerte (ou talvez uma máquina a ser reparada), emerge de forma incontrolável o sentir, traduzido não apenas como sofrimento e angústia, mas também como compaixão.

Considerações Finais

O objetivo do artigo foi alcançado à medida que conseguiu tornar visíveis algumas das principais tensões entre saber e sentir. Contudo, para além deste objetivo, parece oportuno discorrer sobre algumas implicações derivadas das análises apresentadas. Ficou evidenciado que as tensões entre o saber e o sentir escondem e, dialeticamente, revelam outros níveis de tensões, desta vez, entre racionalidades que servem de suportes para as práticas. O saber e o sentir estão vinculados a racionalidades que são, em geral, apreendidas como racionalidades separadas, uma instrumental (objetiva, fria, calculativa e sem vida) e outra racionalidade (subjativa, emotiva e repleta de vida). Se a crença reinante continua centrada na idéia de disjunção entre estas duas racionalidades, os depoimentos aqui analisados estremecem esta crença, pois saber e sentir não podem e não conseguem ser compreendidos em sua complexidade de forma separada. Saber e sentir são expressões concretas dos limites e das potencialidades da condição humana. Apesar de todo processo de socialização e formação biomédica estar apoiado no pressuposto de que o saber deverá se sobrepor ao sentir, este resiste e ressurge mesmo que seja na forma de dor, sofrimento e compaixão.

Referências

- ARENDT, H. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.
- BASTOS, L. A. de M. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.
- BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004 (Coleção Antropologia e Saúde).
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DEJOURS, C.; MOLINIER, P. *De la peine au travail. Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées. Paris: Autrement, n. 142, février, p. 138-151, 1994. (Série Mutations n.º 142).*
- MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MOREIRA FILHO, A. A. **Relação médico-paciente**: teoria e prática. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.
- RASIA, J. M. **Hospital**: socialidade e sofrimento. 214 f. Tese (Professor Titular em Sociologia). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 1996.
- RICOEUR, P. *La souffrance n'est pas la douleur. Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées. Paris: Autrement, n. 142, février, p. 58-69, 1994. (Série Mutations n.º 142).*