



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Pereira Rocha, Wilza

Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. 3, julho-setembro, 2004, pp. 391-400

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413310>

- 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

PODER, VIOLÊNCIA E DOMINAÇÃO SIMBÓLICAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE¹

POWER, VIOLENCE AND SYMBOLIC DOMINATION IN PUBLIC HEALTH SERVICES
PODER, VIOLENCIA Y DOMINACIÓN SIMBÓLICA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE LA SALUD

Wilza Rocha Pereira²

¹Trabalho compilado da tese: “O Poder, a violência e a dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde que atendem mulheres em situação de gestação parto e puerpério”, defendida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em março de 2000 e orientada pela Prof^a Dr^a Lucila Scavone.

² Professora Adjunto Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania.

PALAVRAS-CHAVE:

Mulher. Poder.
Violência simbólica.
Serviços públicos de saúde.

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi a apreensão das sutis faces da violência, do poder e da dominação simbólicas presentes nas ações e práticas de saúde dos diversos profissionais da área, dirigidas à mulher em situação de gestação, parto e puerpério. O referencial teórico adotado para interpretar os dados foi a Economia das Trocas simbólicas de Pierre Bourdieu, incorporando também algumas reflexões sobre autonomia e heteronomia, poder, violência e força, conforme os analisa Chauí. Os sujeitos da pesquisa foram onze mulheres em situação de gestação, parto e puerpério internadas em um serviço público de saúde. Utilizamos para a coleta dos dados a entrevista e a observação participante das relações estudadas. Concluí que nas relações que se estabelecem entre pacientes e equipe médica, estão presentes elementos simbólicos que contribuem sobremodo para a invisibilidade desta modalidade de violência muito presente nas práticas de saúde.

KEYWORDS:

Woman. Power.
Symbolic violence.
Public health services.

ABSTRACT: The objective of this research was to understand the subtle faces of violence, power and symbolic domination present in the actions and health practices of various professionals of the area, directed to women in the situation of pregnancy, delivery and post-partum. The theoretical referentials adopted to interpret the data was Pierre Bourdieu's economy of symbolic changes. Some reflections on autonomy and heteronomy, power, violence and force as analyzed by Chauí were also incorporated. The subjects of this research were eleven women in situation of pregnancy, delivery and post-partum admitted to a public health service. In order to obtain the data, I used the interview and the participant observation of the relation studied. I concluded that in the relations that occur between patients and medical team, symbolic elements are present and they contribute greatly to the invisibility of this modality of violence, which is greatly present in health practices.

PALABRAS CLAVE:

Mujer. Poder.
Violencia simbólica.
Servicios públicos de salud.

RESUMEN: El objetivo de la investigación fue aprehender los sutiles aspectos de la violencia, del poder y de la dominación simbólicos y presentes en las acciones y las prácticas de la salud de los diversos profesionales del área, dirigidas a la mujer en las etapas de gestación, parto y puerperio. El referencial teórico adoptado para la interpretación de los datos fue la economía de los cambios simbólicos de Pierre Bourdieu, habiendo también la incorporación de algunas reflexiones en relación a la autonomía y heteronomía, poder, violencia y fuerza, conforme los analiza Chauí. Los sujetos de la investigación fueron once mujeres en situación de gestación, parto y puerpério internadas en un servicio público de la salud. Utilizamos para hacer la recolección de los datos la entrevista y la observación participante de las relaciones estudiadas. Se concluyó que las relaciones que ocurren entre las pacientes y el equipo médico, presentan elementos simbólicos que contribuyen para la invisibilidad de esta modalidad de violencia bastante presente en todas las prácticas de la salud.

Endereço:
Wilza Rocha Pereira
R. Oriente Tenuta, 877, apto. 901
78048-730 - Bairro Consil, Cuiabá, MT
E-mail: wilzarp@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de fevereiro de 2004
Aprovação final: 24 de junho de 2004

INTRODUÇÃO

Nesta reflexão, o objeto de meu interesse é a assimetria das relações que se estabelecem entre as mulheres como usuárias de serviços de saúde com os diferentes profissionais que atuam nos mesmos. Nesta primeira fase da pesquisa o foco recairá sobre a prática médica cotidiana em uma clínica obstétrica de um determinado Serviço Público de Saúde (SPS).

Essa relação assimétrica é evidenciada pelo fato de que, de cada cem mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, noventa delas se dão por causas evitáveis¹. Esse alto índice de mortalidade de mulheres em idade fértil se configura como uma epidemia silenciosa que vem sendo visibilizada e problematizada como um dos grandes problemas de saúde no Brasil.

A mulher é vítima tanto da violência institucional, na forma de serviços que não funcionam a contento como também é uma das principais vítimas da violência do comportamento, por estar inserida numa sociedade historicamente marcada pelo viés androcêntrico do paradigma cartesiano que fundou as bases da dominação masculina na sociedade ocidental.

A dominação masculina está de tal maneira entranhada no nosso inconsciente que não a percebemos mais como uma forma de domínio, pois a sua construção está relacionada ao contínuo e incessante trabalho de des-historização que não só 'naturaliza' esse processo como o faz invisível aos nossos olhos². A dominação masculina está presente, de forma subliminar, nos mais variados processos sociais. Ela interfere tanto na moda, como na tecnologia, define as formas de vestir-se, de morar, de relacionar-se, conduz as expectativas de estudo e escolha profissional. Através de vários mecanismos e instituições (igreja, Estado, escola, família) conduz ao trabalho de reprodução dos valores que ajuda a construir, sendo que me interessam, neste momento, aqueles que estão mais relacionados à construção do poder e da violência simbólica dentro dos SPS.

Portanto, parto do pressuposto que os valores expressos através da dominação masculina também interferem nas maneiras de organização das práticas e na construção do conhecimento em saúde. Assim naturalizam algumas ações que são cotidianamente executadas no corpo das mulheres, como é o caso da cesariana e da esterilização através da laqueadura tubárea. Esse processo de naturalização pode ser traduzido pelo fato de que, grande parte das vezes, estes procedimentos são executados com o pedido e a concordância das mulheres, que acreditam ser estes desprovidos

de risco e que irão lhe minimizar a dor ou resolver o problema da reprodução.

Isso revela outra face da dominação simbólica que está implícita na hierarquia que há entre os profissionais e a clientela feminina dos SPS, evidenciados na análise dos dados. Podemos afirmar que as mulheres experienciam mais agudamente que os homens tanto a violência estrutural como a do comportamento, devido à sua secundaridade cultural em relação ao homem dentro das hierarquias sociais historicamente construídas, que é evidenciada pelo simples fato dessas aceitarem a sua própria desvalorização e endossarem o ponto de vista da cultura, que as desvaloriza³.

Podemos ver essa cristalização no Município de São Paulo, onde quase 80% das gestantes fazem pré-natal e mais de 98% dos partos são realizados dentro dos hospitais, mas ainda assim há um índice preocupante de mortes materna, do que se conclui que o principal foco de iatrogênese está justamente dentro dos serviços⁴.

Como foi meu interesse problematizar algumas das formas que assume a violência presente nas ações e práticas dos profissionais hegemônicos na área da saúde, nesta primeira etapa da pesquisa, enfoquei a prática médica, e nas posteriores, a de enfermagem, as formas de organização burocrática e administrativa, onde foi incluída uma abordagem sobre etologia hospitalar.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Nessa pesquisa procurei um trajeto de interpretação dos dados que me permitisse abordar o mundo das relações entre mulheres em situação de gestação, parto e puerpério e o mundo dos profissionais que trabalham em serviços públicos de saúde atendendo especificamente essa clientela, portanto privilegiei a dimensão qualitativa da pesquisa social.

A usuária dos SPS, ao reconhecer o campo simbólico dos profissionais de saúde, bem como sua legitimidade e competência para resolver problemas de saúde, está reproduzindo estruturas objetivamente dadas, exigindo um percurso metodológico que consiga apreender o que é 'dado socialmente' e o que é construído a partir desse 'dado', ou seja, que explique o fundamento da dominação simbólica que se estrutura no poder simbólico e origina a violência simbólica, foco desta pesquisa.

Como técnicas da coleta de dados foram eleitas a entrevista com as mulheres, somada à observação

participante das interações das mesmas com profissionais de saúde, nesta fase da pesquisa, os médicos. A técnica da observação participante foi eleita com o intuito de captar as interações que se estabelecem entre profissionais de saúde e mulheres, mormente durante os procedimentos e abordagens médicas realizadas no corpo dessas últimas. Tendo como base um roteiro pré-definido, nessa técnica privilegiou-se a observação das atitudes e das falas ocorridas de ambos os lados que, depois de observadas eram gravadas e posteriormente transcritas.

Os sujeitos da pesquisa foram onze mulheres em situação de gestação, parto e puerpério internadas na clínica ginecológica e obstétrica de um hospital público da região centro-oeste que, ao aceitarem participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento informado, conforme preconiza a Norma 196/MS Sobre Pesquisa Com Seres Humanos⁵. Foi também solicitada autorização da instituição onde se realizou a pesquisa e mudados os nomes das mulheres para resguardar sua identidade.

A análise temática foi a estratégia escolhida para a interpretação dos dados, pois a “noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser sintetizado em uma palavra ou numa frase que, por sua vez, vão compor uma unidade de significado tendo por base a teoria eleita para a análise”^{6,208}.

A ANÁLISE DOS DADOS

O poder, a violência e a dominação simbólicas na prática médica cotidiana.

Os pilares fundantes da gênese da violência e do poder simbólicos nas ações e na prática médica, estavam, nesta pesquisa relacionados com vários aspectos que se relacionam à informação, à comunicação, à mistificação, à desqualificação e à objetificação presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre os médicos e sua equipe de um lado e, de outro, a clientela do serviço estudado.

Na relação entre os médicos e a clientela, percebe-se que a não-informação, a informação negada, fragmentada, confusa, são faces diversas de um mesmo fenômeno. A não-informação foi por mim interpretada como aquela que não é dada de forma proposital, consciente, pelo pressuposto que o outro não vai conseguir entender mesmo o que seria explicado, diferenciado-se da informação negada que é aquela que é solicitada, procurada, mas não é dada por ra-

zões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação. Já a informação fragmentada é a que é dada por um único profissional, mas em linguagem inacessível à usuária, pois há abuso de termos do jargão técnico e profissional. Na informação confusa cada profissional a fornece de um jeito diferente, não contribuindo para a formação de um conjunto coerente para quem a ouve. As falas das mulheres serão apresentadas em itálico, para destaque das mesmas.

Dessa forma, a partir dos depoimentos das mulheres entrevistadas, tentarei evidenciar essas diferentes faces da comunicação que ocorrem dentro do serviço estudado, entre os médicos e sua equipe e as mulheres internadas. Por quê, como diz a paciente Regina, é tão difícil saber *qualquer coisa* dos médicos, por que *eles chegam e nem falam o nome e já vão levantando a roupa, mexendo com a gente?* Responde-lhe a sua parceira de enfermagem, a entrevistada Marta: *é assim que é, não adianta reclamar[...]*.

O poder simbólico que contribui com a aura de magnanimidade que cerca a prática médica, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para beneficiar outrem. Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque está se fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais ou, pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem como tal.

Assim, percebe-se uma flagrante diferença nas atitudes e frequência das manipulações no corpo das mulheres se elas estiverem internadas em um serviço público ou em um privado, se elas forem pagantes ou não. Parece que mais importante que a situação de saúde é a situação econômica da mulher, que permite ou não essa aproximação sem nenhum preparo prévio. Tratar da saúde de quem precisa e não pode pagar, como diz Regina, configura-se em um gesto generoso que deve ser acolhido sem questionamentos, tampouco necessita de explicações ou esclarecimentos.

No campo da saúde, o poder simbólico se estrutura mais especificamente sobre três pilares: primeiro, a generosidade intrínseca de tratar dos que precisam e não **podem pagar**, segundo, a manutenção de um monopólio quase absoluto dos saberes sobre o corpo e as diferentes formas de nele intervir, processo que acontece simultaneamente e que configura o terceiro pilar, que é a desqualificação do outro enquanto portador de saberes e de direitos sobre o próprio corpo e sobre a saúde.

Isso tudo se traduz em um processo contínuo e silencioso de objetificação das consumidoras de serviços de saúde, que reduz a pessoa a um órgão sem corpo e refere-se a esse órgão como portador de doenças de nomes estranhos aos que as ouvem. Dessa maneira, o profissional de saúde cria uma fragmentação no modo de a pessoa se ver, de forma que ela não consegue fazer uma auto-referência coerente com a linguagem médica que lhe é hermética, irreconhecível. Assim, saber, necessidade, legitimidade e sujeição se cruzam no encontro entre médicos e pacientes, pois a subjetividade sujeitada antecede o processo interno de desqualificação daquela que não entende, que não sabe sobre o que os médicos estão falando, mas afirma que *eles sabem o que fazem*, como afirma Maria das Dores:

[...]é sempre assim, a gente nunca sabe o que eles tanto examinam e nunca dizem para a gente o que é que a gente tem [...], mas, se a gente precisa e tá aqui doente tem que ter paciência e acreditar que eles sabem o que estão fazendo[...] veja [...] eu não melhorei? Então tá certo, né?

Precisar dos serviços públicos de saúde implica *esperar muito* (Regina) em *ser tratado como cachorro e com falta de educação* (Marta). Para isso tudo tem que *ter paciência* (Maria das Dores), e mesmo achando tudo muito errado (Marta), tem que *aceitar* (Maria das Dores), *porque é esse serviço que pode ser oferecido para quem é pobre e não pode pagar* (Regina), para quem é *fraco de situação* (Rosiane) pois *se fosse madame, não era assim não* (Regina).

O que permeia essas falas e está presente em quase todas as entrevistas feitas é a falta de opção, é *ter que aceitar* esse tratamento, porque é só isso que tem para ser oferecido, não há escolha possível para quem não pode pagar. Essa constatação por parte da maioria das entrevistadas põe em pauta duas questões. A primeira é a aguda percepção da própria situação e da distinção que lhes é imposta pela condição socioeconômica desfavorável, e a segunda é a questão da generosidade daqueles que trabalham ali, naquele serviço para atender a quem é fraco de situação, principalmente os médicos que são, no imaginário popular, profissionais bem sucedidos, pertencendo a uma classe social diferenciada daquela do usuário.

A generosidade aqui referida não está explicitada nos discursos, estando mais relacionada à premissa maior do poder simbólico, que é a “transfiguração das relações de dominação e de submissão em relações afetivas, a transformação do poder em carisma ou em encanto adequado a suscitar um encantamento afetivo (no qual) o reconhecimento da dívida torna-se

reconhecimento, sentimento duradouro em relação ao autor do ato generoso”^{7:176}. Essa premissa do poder simbólico agrega, por sua vez, o princípio objetivo da violência simbólica, que permite resolver os problemas que são quase insolúveis e que estão colocados nas antinomias da dominação simbólica, pois esse é um tipo de dominação que é, ao mesmo tempo, sofrido sob pressão e aceito através do reconhecimento e da obediência.

Assim, para os usuários dos SPS, o simples fato de serem atendidos já se configura como um *favor*, uma atenção especial para quem *não pode pagar*. Como sustenta a entrevistada 4, Antônia:

[...]ainda assim, esse é o melhor hospital para nós que não pode, né? O único problema é que demora demais para atender, mas fazer o quê? Tem que esperar mesmo, é muita gente que procura este hospital aqui [...], e então você chega aqui lá pelo meio-dia e só vai ser atendido lá pelas cinco, isso que tem hora marcada no cartão [...], mas chega gente ruim e eles têm que atender primeiro. A gente fica sentada lá fora num calor brabo esperando, mas eles fazem tudo, medem a barriga da gente, escuta o nenê, vê a pressão da gente [...].

A organização burocrática que permite marcar hora para a chegada da paciente ao serviço, mas que só vai atendê-la muito tempo depois, é definida por quem estrutura a agenda de atendimento e já sabe de antemão que não se atende no horário marcado. Mas, mesmo assim, o depoimento dessa paciente que diz tem que esperar mesmo até porque eles fazem tudo e atendem muita gente, revela a sua compreensão dos meandros de uma burocracia que a exclui como sujeito, mas ela não se furta a expor a sua insatisfação de ter que se submeter a uma dinâmica assistencial que não a favorece.

Também ela fala claramente na sua entrevista que, se pudesse, *fazia uma reunião e falava pra eles tratar melhor as pessoas, as mulheres sentindo dor, pois eles não passam o que a mulher passa e esperar sem barriga é uma coisa e com barriga é outra*. Por isso tudo, ela vê que precisa mudar *alguns médicos* que *tratam melhor as pessoas*.

Por isso vê-se que não ter o direito de escolha não implica aceitar passivamente o tratamento que lhes é oferecido. Pode haver raiva, revolta, mágoa, irritação, que nem sempre se manifestam explicitamente para aquele que os provocou. Eles aparecerão de forma difusa e em um momento diferente daquele em que ocorreu o atendimento, revelando a percepção clara de que o atendimento rápido e superficial ou ainda a

espera que se prolonga por uma tarde inteira, estão relacionados ao precisar, ao não poder pagar, por ser pobre e estar grávida, pela necessidade dos serviços daquele profissional que está atendendo no momento. Este depoimento revela também os bloqueios que há na comunicação, e que esta se conforma, de maneira coercitiva⁸, na qual não há espaço para a manifestação de desagrado ou insatisfação por parte da clientela.

Há um descontentamento latente que permeia praticamente todas as entrevistas, mas é uma revolta quase muda, que existe e se manifesta muito mais frequentemente com outra pessoa *igual* e que se disponha a ouvir, podendo ser a companheira de quarto ou mesmo alguém da equipe de enfermagem. Só muito raramente esse descontentamento chega aos ouvidos do médico, quando muito reclama-se aos alunos de medicina, por haver um entendimento que esses são o elo frágil na equipe médica.

Regina diz que *é preciso prestar atenção para saber quem manda e quem sabe, pois todo mundo diz que é médico*, evidenciando o imaginário social de que, se o outro é médico esse fato modifica a relação, como está implícito em sua fala, pois o médico é, nas palavras dela, *quem sabe e quem manda*. Por isso percebe-se que a questão do saber vem atrelada ao mandar e, por outro lado, ao obedecer. Quem manda e quem sabe no campo da saúde é o médico, só ele tem legitimidade para definir a situação da paciente até para ela mesma, pois lembra Maria das Dores:

[...] a gente quer conversar, saber direito as coisas, o que a gente tem mas mesmo perguntando, eles não respondem, estão sempre com muita pressa [...] dos médicos é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente não.

É na própria estruturação do campo que se produz e se reproduz a crença na legitimidade das palavras, é nele que se produz o poder de manter a ordem ou subvertê-la⁹. Mesmo que seja difícil saber qualquer coisa dos médicos, mesmo que eles não estabeleçam uma relação que satisfaça as pacientes, são somente eles que detêm o saber e o instrumental tecnológico para dar conta do que ocorre no corpo e é dentro dos hospitais que se situam os instrumentos por eles utilizados para perscrutar o corpo que sofre ou que tem necessidade de ser examinado.

Ocorre então um processo simultâneo com os sujeitos que estão em relação antagônica no campo simbólico da saúde - é a subjetivação da ordem objetivada medicamente sobre o corpo. Tal como a

língua, a arte, a ciência, o corpo é em si um produtor e um reprodutor dos sentidos socialmente dados, podendo ser considerado uma estrutura estruturante, pois a partir dele se definem significados e comportamentos, que vão se diferenciar de acordo com quem cria o sentido e com quem o interpreta. Isto é, na área da saúde quem manda e quem sabe está identificado a quem produz o sentido, a quem o arbitra, e define o que vai circular, pois ele é o produtor, e quem se submete e reproduz esses conteúdos é identificado ao dominado.

Essa produção de sentidos ocorre tantas vezes e em tantos locais diferentes que perpassa todas as classes sociais. O sentido produzido sobre saúde/doença/risco/, bem como as muitas tecnologias disponíveis para intervir no corpo, começam a fazer parte do imaginário dos que estão na outra ponta do campo, como consumidores possíveis daquelas tecnologias que virão valorizar quem a elas se submete, podendo ser que essas se resumam em uma simples ultrasonografia gestacional ou uma tomografia computadorizada.

Assim, ser atendido em um serviço que dispunha dessas modernidades é uma distinção para a paciente. Ser bem atendida passa a ser um privilégio, como revela uma das entrevistadas sobre um atendimento recebido no local do estudo. Diz Maria da Graça: *foi legal, muito legal, eu achei que nem ia ser como foi revelando ainda que a atenderam rápido demais e logo que chegou foi internada*. Diz ela também que não mudava nada no hospital em relação ao atendimento, talvez mudasse o *horário de visita* e as *vestimentas*, o resto, na sua percepção está *muito bom assim do jeito que está*.

O valor de estar vivo, ser dono de um corpo sadio e sem doenças, vem sendo trabalhado ao longo do tempo como uma conquista exclusiva da ciência médica, nunca da pessoa ou do grupo, e estes devem ser agradecidos àqueles que salvam, que curam, que devolvem a saúde e tornam o corpo saudável. Neste complexo processo de saberes que resolve pequenos e grandes problemas de saúde, a objetificação da pessoa atendida pode ser vista apenas como uma contingência, um apêndice necessário para que a ciência ilumine os caminhos da medicina na sua busca pelo corpo saudável e pelo afastamento da morte.

O universo masculino (e, por extensão, acrescento, o universo da ciência e o da medicina, todos regidos por lógicas semelhantes) se impõe sob a forma de evidências, do 'isto é assim'⁷, ou seja, como diz Maria das Dores: *[...] mas é assim que é, né? A gente*

não pode reclamar, porque as pessoas querem o bem da gente e eu estou viva por causa dessas pessoas, ela tava certa, né? A gente tem que se conformar, porque a gente precisa, e as pessoas daqui são aquelas que ajudam a gente que não pode, então tem que esquecer alguma coisinha que acontece, é assim que é [...].

Ainda é ela quem lembra do seu parto - bastante traumático, pois foi necessário o uso de fórceps para expulsar o natimorto, indicado por estafa materna - e dos médicos lhe dizendo que *era assim mesmo*, que ela tinha que *agüentar firme* e que *não fizesse fiasco* durante o procedimento. Então, para ela *esquecer alguma coisinha*, ainda que seja ser chamada de *fiasquenta*, faz parte do papel definido que lhe é previamente destinado dentro do serviço que a atende.

Algumas instituições contribuem para a reprodução das estruturas objetivas e das subjetivas, dentre elas, podemos citar os ritos de instituição que separam e definem arbitrariamente os grupos sociais em relação, dentro do campo simbólico. São esses ritos que definem quem pode ter exposto o seu corpo e quem o expõe, onde ele pode ser exposto e em nome de quais outras instituições isso será feito⁹.

Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica. Como diz Maria das Dores:

[...] eu não lembro direito, o médico disse que eu ia ter a criança normal, que cesariana não dava por causa do meu estado, por isso ia ser normal [...] Ai eles falaram que ia pôr remédio para dar dor e doeu muito, a noite todinha e no outro dia também, toda hora fazia toque e era muito dolorido, eu sei que tinha hora que eu nem deixava dar o toque, não queria, e o médico fazia assim mesmo, que precisava né? Mas doía e o médico veio romper a bolsa com um aparelhinho e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa ali na cama mesmo, no meio de todo mundo [...].

Ao romper a bolsa amniótica na enfermaria, no meio de todo mundo, o profissional médico está reforçando a serialização que indiferencia a mulher, ela é apenas e mais uma mulher, ela não é diferente de ninguém e, embora ela se ressinta de ter sido exposta, seus sentimentos não devem ser considerados no rito

de instituição que cerca o exame ginecológico, pois ele visa proteger o profissional na sua embaraçosa tarefa e reforçar o controle através do assexuamento e da naturalização da sua prática.

Na área da especialidade médica da obstetrícia e ginecologia, de uma forma diferenciada das demais especialidades, os ritos de instituição redefinem e objetificam o corpo feminino, isso para poder gerenciar o problema da transgressão que está implícito no exame dos genitais⁹. Esse gerenciamento implica dissociar da pessoa examinada o órgão, a parte que se examina. Seja exemplo a colocação de campos estéreis durante o parto normal que vão cercar e delimitar o campo cirúrgico, como a raspagem dos pêlos pubianos, chamada tecnicamente de tricotomia, que hoje são mais rituais do que técnicas, já que não encontram evidências científicas que os justifique no caso de partos normais de multiparas.

Mesmo sendo palco de muitas iatrogenias, os serviços são o foro legitimado pela população para explicar a doença, não sendo menos legítimos se foram eles mesmos que a provocaram, podendo errar, não dar a resposta esperada ou ainda demorar muito para atender. Mas serão prontamente desculpados, se resolverem os problemas de saúde das pessoas que os procuram, como podemos perceber nesses trechos:

[...] não tenho do que reclamar não, nem achei que ia ser como foi... (Marta) ou ainda Desde que cheguei aqui foi bom [...], pediu todos os tipos de exames (Daniele) e outra diz que foi rápido o atendimento [...] Foi bom (Antonia).

Na estruturação dos sistemas simbólicos que envolvem relações muito assimétricas, a prerrogativa básica para que se instaurem a violência e o poder simbólico, localiza-se nas formas de comunicação, suas interdições e liberações, principalmente no que diz respeito no campo da saúde, à comunicação entre o profissional e a paciente. Os sistemas simbólicos têm uma função política a cumprir, que é a de impor, assegurar e legitimar a dominação de uma classe sobre outra, e isso, por si só, já se configura em uma forma de violência simbólica, pois esse processo está apoiado nos instrumentos já estruturados de comunicação e de conhecimento, portanto com força estruturante sobre os demais sistemas⁸.

O corpo é, ele mesmo, um sistema simbólico, ou seja, como instrumento de conhecimento e de comunicação exerce um poder estruturante, porque já é estruturado a partir do poder simbólico que subjaz à relação entre quem conhece/entende o corpo e quem

precisa tratá-lo, colocá-lo em condições de bom funcionamento. Os símbolos são os instrumentos da integração social, são eles que tornam possível o consenso acerca do sentido do mundo, contribuindo para a reprodução da ordem social que está dada. Por isso, a denominação de terrível circularidade designada para evidenciar o processo de construção da dominação simbólica, pois ela apresenta e legitima os interesses particulares de um grupo ou de uma classe social como sendo interesses universais, comuns ao conjunto⁹.

No caso da construção social do corpo, estão incluídos interesses que vão do tipo de vestimenta que se deve usar, passam pelas formas de falar, indo até as maneiras de se comportar adequadamente. O corpo grávido, bem como o ato de parir, passam então por outras definições que estão inscritas no meio social. Vale acrescentar, esses conjuntos simbólicos relacionados ao gestar, parir, amamentar, estão hoje, ao contrário do que ocorria no passado, mais aderentes, associados ao saber médico que ao saber feminino, revelando o interesse dessa classe em se apropriar desses símbolos e, por conseguinte, do corpo feminino.

Mas o cuidar do sadio ainda acontece de uma forma simbólica e que está respaldada no fato de que, na maioria dos serviços públicos de saúde, atende-se à doença, ao mal instalado. O corpo sadio não chama a mesma atenção e não demanda a mesma tecnologia que o doente e, é a tecnologia agregada que diferencia e distingue o saber especializado em saúde. No caso das mulheres gestantes, os serviços de pré-natal são o exemplo mais evidente desse descaso, pois não há muito interesse ou mecanismos que garantam a qualidade da assistência que é prestada às mulheres nesses mesmos serviços.

Isso acontece, provavelmente, por três razões, dentre outras: a primeira é a de que raramente há o mesmo interesse da parte dos profissionais médicos em manter a saúde como há em tratar a doença. Já a segunda é a corroboração de uma constatação que afirma serem os médicos os profissionais que “foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam”^{9,38}. Isso ocorre através das diferentes maneiras com que exercem a sua prática, ora de forma exagerada, intervindo demais, ora de maneira negligente, simplesmente não agindo. E há ainda uma terceira, diretamente relacionada com a gênese da violência simbólica dentro dos SPS, vinculada ao nível de informação da clientela desses serviços sobre seus direitos à saúde. É um grupo que não possui elementos suficientes para avaliar a qualidade da assistência que

lhe é oferecida nos serviços públicos de saúde.

A partir desses elementos formam-se as condições necessárias para que a dominação simbólica funcione. Ou seja, é preciso que haja uma incorporação, pela parte dos dominados, das estruturas que os dominantes usam para penetrar no seu inconsciente, pois a submissão, nesse caso, não é um ato consciente ou pensado, ou contra o qual se pode lutar e rejeitar, ela é constitutiva e está incorporada na lógica daqueles que a ela se submetem⁹.

Cuidar da saúde, do corpo grávido ou não, da doença instalada, prevê o consentimento heteronômico de que alguém já está habilitado para este fim e este alguém não é o sujeito doente, ele pode até ajudar, dando os sinais do mal que o aflige, mas ele é limitado para dar conta da complexidade do órgão doente.

Sem entrar nas teorias da sociolinguística, tentei apreender como os dominantes montam, articulam e constroem as estruturas que vão ser reproduzidas na percepção dos dominados, ou como a submissão passa a ser um ato que não está registrado como tal na consciência das pacientes, pois, as classes populares, em determinadas situações oficiais ou formais perdem seu capital linguístico, mostrando que a intimidação não só é uma das formas de anular o outro na comunicação, mas também uma forma típica de violência simbólica, pois remete à assimetria, a hierarquia já instaladas socialmente.

A ausência de esclarecimentos sobre as condutas, sobre os exames pedidos e seus resultados está recolocando, ainda que simbolicamente, o usuário no seu lugar. E esse é o da espera, o da falta, o da não-informação sobre o que se procura no seu corpo, pois, a partir da entrada nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono. Como diz Regina [...] *dos médicos, é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente quer conversar, saber direito as coisas, que é que a gente tem, os exames que fez ou que vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa.*

Todas as mulheres entrevistadas insistem na explicação que nunca vem, mas que elas sempre esperam sobre a sua doença, o seu estado de saúde. Porém como o corpo doente pertence ao médico, só ele pode decifrá-lo. Essa é uma área sobre a qual o indivíduo passa a não ter mais controle e mostra uma das faces da dominação que se exerce a partir da transformação do sujeito em objeto, onde quem detém um maior capital simbólico é também quem se legitima

para decidir sobre os conteúdos em jogo no campo da saúde, aspectos esses que apontam para um processo que pode ser qualificado como heteronômico.

A palavra heteronomia tem origem grega, significando condição de pessoa ou de grupo que recebe de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei a que se deve submeter. Já, autonomia, significa faculdade de se governar por si mesmo ou ainda liberdade ou independência moral ou intelectual. Percebe-se, assim, que é a heteronomia que tem lugar na relação objeto desse estudo¹⁰.

A falta de coerência nas condutas é notada pelas pacientes, que ficam inseguras com tantas informações desencontradas, fato comum dentro do hospital até pela maneira como se organiza a assistência, sempre em função do ensino e nunca em relação à pessoa internada, como se ensino e assistência fossem instâncias estanques e não relacionadas. Mas é Regina quem tem um excerto que sintetiza de maneira exemplar a forma com que as mulheres são abordadas no hospital pela equipe de médicos:

[...] sei que eles chegam e nem falam o nome para a gente e já vão levantando a roupa ...mexendo com a gente, é assim que é[...].

Essa paciente percebe que é invadida em sua intimidade e intui a própria objetificação pelo distanciamento que é imposto entre ela e os profissionais de saúde. Sua fala é ambígua, revelando conformismo e resistência, pois, ao mesmo tempo, rejeita o tratamento que recebe, mas também se conforma, pois *assim que é* a vida de quem está precisando de assistência hospitalar e de tratamento médico em um serviço público de saúde.

Um outro aspecto revelador da objetificação feminina perante a prática médica é a fragmentação do corpo da mulher traduzido pelo não-respeito à dor física e ao desconforto sentidos pela paciente ao submeter-se a determinados procedimentos e intervenções comuns aos que executam. Um bom exemplo é o toque vaginal, uma rotina médica para todas as gestantes em trabalho de parto, uma técnica que é sempre lembrada como algo desagradável e doloroso por todas as mulheres entrevistadas. Para Rosiane, 17 anos, grávida de trigêmeos, o toque foi a experiência mais dolorosamente marcante desde a internação:

[...] eu vim para cá, acho que faltava uns 15 minutos para as duas horas e fui atendida só pelas quatro, [...] aí fiz a ficha e fui atendida. Fiquei naquela posição horrível um tempo que não precisava só para eles rirem de mim e eu nem

tinha urinado de medo de perder a vez. Então doía muito, eu com a bexiga cheia e eles dando toque, mexendo em mim... nem deu para falar do corrimento que eu estava [...] só falei que eu estava grávida de 6 meses.

É Rosiane ainda quem lembra o tempo que ficou *naquela posição horrível* para ser submetida ao toque vaginal, que foi mais doloroso e desagradável por ela estar com uma vaginite intensamente sintomática e com a bexiga cheia, pois não foi urinar por *medo de perder a vez* para a consulta para a qual esperou tanto. Diz ela sobre a consulta

[...] eu só não gostei de uma coisa [...] a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente[...] sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal[...] ficaram rindo uns pros outros[...] Eu com aquela dor, me segurando, e todos rindo, sabe? E eu com dor...aí eu comecei a chorar, porque eles me trataram mal [...] eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição [...], esperando[...] esperando e rezando para terminar logo pra eu poder sair daquela posição. E eles demoraram[...], uma colheu o líquido e estava falando para os outros "vê se está com problema, que eu não vou ver". Aí os outros falaram 'não, não, não', todos com nojo de mim [...].

A objetificação da pessoa atendida pode ser traduzida pela pouca sensibilidade à dor e ao desconforto por ela manifestados, pois nem mesmo chorando Rosiane é notada como uma mulher gestante de trigêmeos com uma altura uterina de 41 centímetros, um fato anatômico (portanto inscrito no corpo da mulher) que torna extremamente desconfortável a posição supina e ginecológica, mesmo por um tempo curto. Mas, mesmo assim, *eles demoraram [...] um tempo que não precisava*. Como aos objetos não se distingue a capacidade de sentir dor, não há por que considerá-la no contexto do exame feito com as pacientes/objeto.

Aqui transparece um outro aspecto da violência simbólica, qual seja a de reformular os procedimentos de acordo com uma avaliação puramente pessoal, na qual se decide que não é necessário adotar cuidados para um determinado procedimento doloroso apenas porque *eu decidi assim*, mesmo que haja uma conduta escrita e explícita dizendo o contrário. São as margens de liberdade que consubstanciam a prática médica e que são até estimuladas pelos docentes da área, desde que o aluno possa justificá-las coerentemente, a partir do saber estruturado que dirige a ação realizada, e nunca a partir das referências da paciente sobre o que sofreu em seu corpo, configurando-

se essa informação em um relato dispensável no contexto das práticas realizadas nos SPS.

A transfiguração operada no processo de cura visa transformar o sujeito portador de um mal em uma doença sem sujeito, ou seja, um objeto sem referências sensíveis concretas, que não é ouvido em seus apelos, mesmo porque não tem onde ou com quem reclamar, já que a cura em todas as suas particularidades, é prerrogativa exclusiva dos médicos. Mesmo sendo as falhas, a negligência e a imperícia velhas conhecidas das práticas de saúde, com o processo de disciplinarização da modernidade, elas passaram a exibir um novo *status*: o da serialização e indiferenciação, evidenciados pelo abuso de confiança e a falta moral ou ética que ocorriam no passado, agora podem ser racionalizados a partir da tecnologia ou do aparelho que falha ou não estão disponíveis. Onde a técnica é complexa, como nos hospitais, a negligência se transforma em erro humano 'aleatório', a insensibilidade em 'desinteresse científico' e a incompetência em falta de 'equipamento especializado'^{11,37}.

Dessa forma, ao despersonalizar o diagnóstico e a terapêutica, a medicina transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (sendo o próprio saber clínico uma técnica aprendida e, portanto, passível de falhas), indiferenciando-se a clientela, que parece ser sempre a mesma, pois a serialização se faz pela doença que os indivíduos transportam, sempre com os mesmos sintomas e sinais. Diferentes corpos são marcados da mesma forma pela mesma doença, por essa razão ela é o centro do diagnóstico e da terapêutica médica, já que não se trata o sujeito, mas o órgão doente que ele traz no corpo¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratar o ser humano como uma coisa que só sente o que o médico quer ou o que ele diagnostica, ao reduzi-lo a algo que não fala ou que não é ouvido quando se manifesta, os médicos constroem a heteronomia nas relações que acontecem nos serviços de saúde, que pressupõe e define quem pode e quem deve decidir. Assim, calar-se, submeter-se a outrem, faz parte do campo relacional e simbólico no qual acontece o encontro entre médicos e mulheres/pacientes, seja submissão no sentido de aceitar um tratamento sobre o qual raramente têm alguma informação, seja no sentido de não ter auto-confiança em confrontar seu conhecimento com o saber reconhecido como legítimo na área da saúde¹³.

Confirma-se assim o processo da Iatrogênese Estrutural, uma síndrome provocada pela prática médica, transfigurada numa regressão estrutural do nível de saúde causada pela perda de autonomia sobre o próprio corpo¹¹. Aqui, essa perda de autonomia pode ser traduzida pela necessidade de uma confirmação do que a mulher já sabia, pelo consumo de uma tecnologia que poderia ser substituída por um simples exame clínico, ou por uma anamnese cuidadosa, que considerasse a mulher como conhecedora do seu corpo¹³.

Isso revela que a demanda por determinadas tecnologias médicas nos períodos de gestação, parto e puerpério é construída pelos médicos que as utilizam para manter o poder simbólico e também para recriar a própria mística, de serem os únicos a dar conta de todos os aspectos da vida e do adoecer.

Para alimentar esta mística, ao produzir seus saberes e conhecimentos, a prática médica concomitantemente, desacredita os que já existem no meio social da clientela que precisa dos serviços de saúde e reafirma que não há outros meios de proporcionar bem-estar, saúde e cura que não aqueles originários da própria medicina. Neste processo, cria dependências, destruindo a autonomia das comunidades e as faz heterônomas. Os profissionais e serviços de saúde tem a legitimidade e estão aí para oferecer as modernas tecnologias disponíveis para as mulheres, mas devem voltar a considerar o saber empírico que estas trazem sobre os processos de viver, adoecer, engravidar, parir, criar seus filhos e cuidar da sua família e comunidade, pois é preponderantemente em torno delas que gira a saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Faúndes A, Cecatti JG. A complexidade do problema da mortalidade materna. In: Faúndes A, Cecatti JG. Morte materna : uma tragédia evitável. Campinas: Ed Unicamp; 1991. p.19-30.
- 2 Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Seuil; 1998.
- 3 Ortner S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: Rosaldo M, Lamphere L. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
- 4 Tanaka ACD. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.
- 5 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

- Brasília: O Conselho; 1996.
- 6 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1993.
- 7 Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Trad. Mariza Corrêa. São Paulo: Papirus; 1996.
- 8 Habermas J. O conceito de poder em Hannah Arendt. In: Freitag B, Rouanet SP. Habermas –São Paulo: Atica; 1980. p. 100-18.
- 9 Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 10 Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 1989.
- 11 Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 12 Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. p.25-62.
- 13 Pereira WR. O Poder, a violência e a dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde que atendem mulheres em situação de gestação parto e puerpério [tese]. Ribeirão Preto(SO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.