



# CADERNOS CEPIA

## PRÁTICAS MÉDICAS E CIDADANIA

*organizadores*  
Jacqueline Pitanguy  
Flávio Edler

# 3

CADERNOS CEPIA

## PRÁTICAS MÉDICAS E CIDADANIA

*Organizadores*  
*Jacqueline Pitanguy*  
*Flávio Edler*



Cidadania, E

pesquisa, Informação e Ação

## **CADERNOS CEPIA**

Copyright © 1997 CEPIA

### **Produção Editorial**

Casa da Palavra

### **Organização do Seminário Práticas Médicas e Cidadania**

AMERERJ e CEPIA

### **Organização e edição do texto**

Flávio Edler e Jacqueline Pitanguy

### **Copydesk**

Regina Reich

Rio de Janeiro, março de 1997

## SUMÁRIO

Apresentação	5
Participantes do debate	8
A profissionalização da Medicina em uma perspectiva histórica	12
Medicina e sociedade	52
Ética médica: uma atualização da discussão	77
Mercado de trabalho e formação médica	106
Bibliografia citada	149



## APRESENTAÇÃO

O campo da saúde tem se caracterizado pela prevalência de perspectivas medicalizantes e intervencionistas. Entretanto, nas últimas décadas, vem alcançando significativo impacto a idéia de que a saúde está relacionada a uma série de outras esferas da vida social que interferem diretamente sobre este estado. Assim, não apenas o saneamento básico, as condições de moradia, nutrição e educação são variáveis determinantes da saúde coletiva e individual, mas também as relações de poder vigentes na sociedade e mesmo a situação política e econômica interferem diretamente sobre a saúde.

As formas de inserção social do indivíduo seriam, deste modo, variáveis fundamentais na compreensão do binômio saúde/doença, cuja dinâmica responderia à inter-relação de uma série de fatores que ultrapassam (e incluem) o modelo médico-hospitalar.

O debate sobre a percepção da saúde como um direito de cidadania e sobre questões de gênero e poder, que perpassam a formação e a prática médica, tem sido privilegiado pela CEPIA, que considera fundamental o estabelecimento de vínculos sistemáticos com os profissionais de saúde. De fato, de sua sensibilização para tais questões depende, em grande parte, a efetiva implementação de programas e normas de saúde pelas quais o movimento de mulheres vem lutando ao longo dos anos.

Neste sentido, temos procurado levar este debate para o interior do espaço médico, atuando tanto no plano da formação como no da prática destes profissionais de saúde. Respondendo à neces-

sidade de estabelecer articulações mais sistemáticas entre organizações da sociedade civil e entidades médicas, a CEPIA vem desenvolvendo uma série de iniciativas conjuntas com hospitais e maternidades do Rio de Janeiro, com a Secretaria Municipal de Saúde, com a Faculdade de Medicina da UFRJ e com entidades como a AMERERJ, Associação dos Médicos Residentes do Rio de Janeiro.

É neste contexto que se insere este número dos CADERNOS CEPIA, dedicado ao debate sobre práticas médicas e cidadania, que teve lugar durante o seminário organizado conjuntamente pela CEPIA e pela AMERERJ, em agosto de 1996, no Rio de Janeiro. Este seminário foi fruto do esforço conjunto de ambas instituições no sentido de estreitar laços entre associações profissionais e organizações não-governamentais, voltadas para questões de saúde. Durante o seminário foram privilegiadas as reflexões sobre aspectos da ética, formação, mercado de trabalho e profissionalização médica e, ao longo dos debates, discutiram-se questões ligadas à Medicina e sociedade, salientando as dimensões de gênero e poder. Particularmente controverso foi o debate em torno do abortamento, sugerindo a necessidade de aprofundar a discussão sobre a temática dos direitos reprodutivos com os profissionais de saúde.

Ao organizarmos este CADERNO, Flávio Edler e eu, tivemos a preocupação de editá-lo respeitando a dinâmica dos debates. Todas as intervenções foram recuperadas e são apresentadas ao longo do texto, a partir do primeiro nome de cada participante no debate, que é entretanto, devidamente identificado no início do livro. Apresentamos também a indicação bibliográfica referente aos autores citados ao longo das discussões.

Este CADERNO representa a culminação de um processo de intercâmbio de idéias com várias pessoas envolvidas na idealização e organização deste seminário, dentre as quais gostaria de destacar particularmente Luciana Garbayo, por seu sincero compromisso

com o alargamento dos parâmetros de compreensão dos saberes e usos da Medicina. A parceria, desenvolvida em inúmeras reuniões, com David Somberg, presidente da AMERERJ e com Juan Renteria, seu vice-presidente, foi sumamente produtiva, evidenciando a necessidade de estreitar as alianças com esta associação profissional que congrega jovens recém-formados, ainda em processo de profissionalização. Finalmente, mas não menos decisivas para a realização deste seminário foram as contribuições de Paulo Gabriel Hillu, médico e historiador e de Flávio Edler, pesquisador da Casa Oswaldo Cruz, que nos acompanharam ao longo do processo de preparação do seminário e muito enriqueceram este colóquio.

Jacqueline Pitanguy





## PARTICIPANTES DO DEBATE\*

**LUCIANA SARMENTO GARBAYO** Médica e Pesquisadora da CEPIA.  
**MARIA MADALENA AMARO LIBÉRIO** Subgerente de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**ALAN KARDEC PEDROZA** Médico, Diretor clínico do hospital Pedro II.

**ANNE RENTERIA** Estudante de Medicina da UFRJ.

**BERTINE CARLOS BEZERRA** Médica, Diretora do HP Pedro II e integrante do grupo Nós Mulheres.

**DAVID ARCOVERDE SANTOS** Médico residente em Cirurgia Geral.

**EDUARDO ARGÜELES** Professor Titular de Cardiologia UFRJ.

**FLÁVIO EDLER** Pesquisador na área de história da saúde e da Medicina na Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

**GERSON NORONHA** Médico, Professor do IMS/UFRJ.

**GEOVANINA FERRAZ** Médica residente em Ginecologia.

**JACQUELINE PITANGUY** Socióloga, Diretora da CEPIA.

**JOSÉ MARCOS TELLES DA CUNHA** Professor de Histologia da UFRJ.

**JUAN MIGUEL RENTERIA** Médico, Vice-Presidente da AMERERJ.

**LEILA LINHARES BARSTED** Advogada, Diretora da CEPIA.

**MARCOS DAVID SOMBERG** Médico, Presidente da AMERERJ.

**MARISKA RIBEIRO** Coordenadora de um projeto de saúde sobre mulher, no IDAC. Representante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

**PAULO GABRIEL HILLU** Médico e Historiador, Mestrando do IMS da UERJ.

**RENATO BACH** Residente de Cirurgia do Hospital Salgado Filho.

**RAIMUNDO NONATO MIRANDA JÚNIOR** Médico ginecologista no hospital Carmela Dutra.

**SIMONE MAESO** Médica Anestesiologista.

\* Estiveram presentes no seminário outras pessoas que, entretanto, não participaram dos debates.

## SEMINÁRIO PRÁTICAS MÉDICAS E CIDADANIA

DIAS: 14 e 15 de agosto de 1995

HORÁRIO: sexta 13:00 às 18:00; sábado: 9:30 às 17:00

LOCAL: Hotel Glória – rua do Russel, 623 – Glória

### *14 de agosto de 1995*

#### 13:00/13:30 **ABERTURA**

David Somberg – Presidente da AMERERJ

Jacqueline Pitanguy – Diretora da CEPIA

#### 13:00/14:30 **A PROFISSIONALIZAÇÃO DA MEDICINA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Flávio Coelho Edler – Historiador da Casa de Oswaldo Cruz

Debatedor: Paulo Gabriel Hillu da Rocha Pinto – Médico e historiador/Mestrando do IMS/UERJ

#### 14:30/15:15 **DEBATES**

#### 15:15/15:30 **COFFEE-BREAK**

#### 15:30/16:30 **MEDICINA E SOCIEDADE**

Jacqueline Pitanguy – Socióloga/Diretora da CEPIA

Debatedora: Luciana Sarmento Garbayo – Médica/Pesquisadora da CEPIA

#### 16:30/17:15 **DEBATES**

*5 de agosto de 1995*

10:00/11:00 **ÉTICA MÉDICA: UMA ATUALIZAÇÃO DA DISCUSSÃO**

Expositor: Flávio Edler

Debatedora: Leila Linhares Barsted – advogada/diretora da CEPIA

11:00/12:00 **DEBATES**

12:00/13:30 **ALMOÇO**

13:30/14:30 **FORMAÇÃO MÉDICA E MERCADO DE TRABALHO:**

**DILEMAS ATUAIS**

David Somberg – Presidente da AMERERJ

Debatedor: Juan Renteria – Vice-Presidente da AMERERJ

14:30/15:30 **DEBATES**

15:30/16:30 **ENCERRAMENTO**

## A PROFISSIONALIZAÇÃO DA MEDICINA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

**DAVID SOMBERG** Iniciarei o seminário falando de nossa motivação em realizar esse encontro, que partiu da iniciativa da CEPIA, nos convidando para discutir a formação médica e como esta formação se insere no contexto da formação da cidadania no Brasil. De nossa parte, uma discussão mais acadêmica nos instrumentaliza para continuarmos seguindo o debate sobre a melhoria da formação do médico no Brasil. Estamos, nesse seminário, tentando criar um campo de alianças com outras entidades de perfis diferentes. É uma possibilidade de conversarmos, de entendermos determinadas questões com maior proximidade e, talvez, de criar um campo, um espaço privilegiado para se trabalhar a necessidade da transformação da visão do médico na sociedade, da formação médica, do próprio conceito de saúde e de que maneira isso se relaciona com a questão da cidadania.

**JACQUELINE** Boas vindas a todos vocês. O David tocou num ponto-chave do trabalho que a CEPIA vem desenvolvendo, não apenas com a saúde propriamente, mas como uma opção geral de trabalho: o estabelecimento de alianças e o desenvolvimento de estratégias com outros setores da sociedade civil, com entidades profissionais, com movimentos sociais.

Na CEPIA, trabalhamos em programas diferentes. Na área de saúde priorizamos o estabelecimento desses laços com os profissionais de saúde, justamente porque chegamos à conclusão de que para podermos avançar no cumprimento de determinadas legisla-

ções, é fundamental discutir a questão da cidadania, a questão de direitos e levar, assim, a discussão da saúde para um outro patamar que não apenas o médico-hospitalar. Por isso, tenho enorme satisfação em estar aqui. A aliança com uma associação como a AMERERJ é um primeiro passo. Temos certeza de que essa relação vai se solidificar ao longo do ano, através de nossa programação e em outros seminários, inclusive naqueles que estamos realizando em unidades hospitalares. Esperamos, assim, estreitar essa relação entre uma ONG de direitos humanos, voltada para questões do gênero, e os profissionais de saúde.

Gostaria agora de passar para a discussão sobre a profissionalização da Medicina e dar a palavra a Flávio Edler.

**FLÁVIO** Boa tarde. Eu trabalho na Casa Oswaldo Cruz, uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz, onde faço pesquisas na área de história da Medicina e das ciências biomédicas. Desenvolvi a minha dissertação de mestrado sobre o tema da profissionalização da Medicina no Brasil no século XIX e para discutir a profissionalização da Medicina no século XX, também me apoiarei no trabalho de Lilian Schreiber, intitulado *O Médico e Seu Trabalho*. O que vem a ser a profissionalização da Medicina? Que fenômeno histórico é esse? Há uma literatura na área de Sociologia das profissões muito calcada em estudos empíricos feitos em cima da história da Medicina, em que se estabelece o próprio conceito de profissão. O que seria uma profissão? Profissão seria um tipo de trabalho que se desenvolve a partir de características muito próprias. A fundamental seria a autonomia do processo de trabalho. Uma profissão teria, assim, em contraste com outros tipos de ocupações, certa autonomia sobre o processo de trabalho, cujo corolário seria o reconhecimento público do direito ao monopólio legítimo sobre determinada área da vida social. Ela constituiria esse monopólio em função de um tipo de barganha que teria na sociedade, fundada

primariamente no seu próprio saber. Esse saber teria um caráter pragmático, ou seja, ele teria que ser visualizado pela sociedade como sendo um saber de profunda relevância e utilidade.

Fui levado para a discussão sobre profissionalização porque vinha lidando com o estudo da Medicina experimental no Brasil. A literatura sobre a história da Medicina apresenta, como marco inicial da Medicina experimental no Brasil, a criação do Instituto Oswaldo Cruz. As realizações de Oswaldo Cruz atestariam, segundo parte dos autores, a conformação da Medicina brasileira com bases profissionais. A Medicina no Brasil, como profissão, estaria organizada a partir da primeira década do século XX, impulsionada pelo desenvolvimento dessa Medicina experimental e das ações públicas na área de saneamento. É a partir de tais referências que esses autores fazem a divisão entre uma suposta Medicina não-científica, ou pré-científica, e a moderna Medicina científica. Recorrendo a diversas fontes, percebi que havia um incremento bastante razoável de trabalhos em Medicina experimental, ao longo do século XIX. Comecei a perceber que uma série de categorias utilizadas por esses pesquisadores, como *profissão médica*, ou *medicalização da sociedade*, ou ainda *comunidade científica*, eram categorias que estavam, de certa maneira, sendo reificadas, ou seja, elas estavam sendo mal adaptadas a uma realidade muito específica que é a realidade brasileira do século XIX. Meu trabalho foi justamente o de esclarecer como se deu o processo de institucionalização da Medicina acadêmica no Brasil. Ao observar esse processo de institucionalização, percebi a importância do conceito de profissionalização. Ele se refere à criação e consolidação das instituições que servem de base para a afirmação de um determinado poder profissional. Então, comecei a relativizar essas categorias e a me dar conta de que a figura de Oswaldo Cruz e de sua geração faziam parte de um movimento próprio à Medicina brasileira daquele contexto, no sentido de criar um mito de origem, delimitando simbolicamente o momento em que a

Medicina nasce como ciência. Oswaldo Cruz foi canonizado, assim, em consonância com o discurso que a Medicina produz, como qualquer outra profissão, sobre a sua eficácia e seu compromisso com uma ética de serviço. E, ao problematizar a construção dessa mitologia, me dei conta de que ao longo do século XIX se vai constituindo toda a cultura da chamada Medicina liberal. Cultura que definiria um padrão do trabalho médico que teve efetiva vigência nas primeiras décadas do século XX.

O ensino médico no Brasil tem sua origem com a vinda da Corte em 1808. Criam-se duas escolas: uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro. Nos anos 1830, essas escolas médicas, que até então só formavam cirurgiões, formariam médicos e parteiras, ganhando o *status* de faculdades européias. Passam a denominar-se Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina de Salvador. Então, como estratégia de análise, me detive em duas reformas muito importantes no ensino médico do século XIX. A primeira, em 1854, definirá os primeiros estatutos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e outra, em 1884, 30 anos depois, resultou em novos estatutos. Percebi que essas duas reformas baseavam-se em fundamentos científicos e modelos institucionais radicalmente distintos uns dos outros. Isso me dava a chance de perceber o que efetivamente ocorrera no campo médico brasileiro para que houvessem formas institucionais de organização de ensino médico tão diferentes. A análise do ensino médico constitui uma perspectiva relevante para quem quer compreender a profissão, porque toda a profissão almeja ter um controle interno do credenciamento sobre quem pretende exercê-la. O monopólio desse mercado pressupõe a regulamentação de um rígido controle sobre o acesso à profissão. Além desse controle, o ensino permitirá garantir uma adesão aos princípios tecno-científicos e simbólicos. Então, é claro que a reforma de ensino era metodologicamente basilar para se compreender esse fenômeno de afirmação do *status* profissional da Medicina no período. Analisando a reforma dos



anos 50 do século passado, percebi que ela vinha sendo gestada desde os anos 30 e os médicos, em sucessivos esforços, fracassavam no sentido de organizar essa reforma. Quando, efetivamente, essa reforma tem lugar nos anos 50, consegue-se organizar o estatuto da faculdade de Medicina, amplia-se o número de cadeiras, ao mesmo tempo, cria-se a Junta Central de Higiene Pública e consolida-se o *status* da Academia Imperial de Medicina, também criada nos anos 30. Nos anos 50, portanto, algo estava ocorrendo de muito importante nesse movimento, e procurei estudá-lo. Mais tarde, recorrendo à literatura americana e européia, percebi que havia perfeita sintonia entre o que eu observei logo de início e o que ocorria nas instituições de referência. Nesse período, o processo de profissionalização é marcadamente programático, quero dizer, ele é muito teleológico, uma vez que a elite médica envolvida tem uma consciência muito clara do que pretende alcançar com o processo. A idéia de que a Medicina deveria alcançar um alto *status* social estava intimamente vinculada à capacidade de vender bons serviços e de constituir o monopólio para a Medicina oficial, acadêmica, expulsando diversas outras categorias de curadores existentes até então, os chamados curadores sem diplomas.

Embora houvesse um programa claro de reforma das instituições médicas, somente no final dos anos 50 do século passado é que se consegue chegar à definição dos modelos institucionais que se queria. Comecei então a estudar as bases do saber médico daquele período e verificando que, na verdade, havia uma grande lacuna entre todo o avanço que ocorria no campo do conhecimento fisiológico e anátomo-clínico do período e a efetividade da terapêutica médica.

Vejamos como isso ocorreu historicamente. A Medicina no século XVIII era muito marcada por diversas escolas médicas de caráter vitalista, como a anátomo-filosófica alemã ou diversas outras escolas vitalistas que existiam na Europa, na França (Montpellier, Faculdade de Paris) etc. Essas diversas escolas mé-

dicas propunham doutrinas muito específicas e concorrentes. Com o chamado nascimento da clínica, como Foucault estudou, o que aconteceu? Muito influenciados pelos pressupostos empiristas e indutivistas, os médicos, principalmente na França, começam a rejeitar toda a construção doutrinal das diversas escolas médicas do século XVIII e tentam afirmar a construção de um saber calçado no leito do paciente, a partir de técnicas como a auscultação mediata. Eles passam a rejeitar, de antemão, qualquer tipo de teoria ou constructo. O nascimento da clínica é muito marcado por esse tipo de ação.

Ocorria, entretanto, que, se por um lado eles conseguiram classificar uma série de doenças e ter um inventário bastante completo de uma série de características sintomatológicas, por outro lado eles ainda continuavam tendo como referência as diversas doutrinas médicas herdadas do século XVIII. Isso levava a uma situação, como a descrita pelo famoso fisiologista francês, François Magendie. Segundo ele, se fossem enviados vinte alunos da Faculdade de Paris para visita a um paciente, teríamos 20 diagnósticos opostos e 20 terapêuticas distintas também. François Magendie mostrava que havia uma fragmentação muito grande do conhecimento médico no período. Claude Bernard é quem vai consagrar um programa no sentido de construir um saber médico pautado nos métodos e nos conhecimentos desenvolvidos pela química e pela física do período, o que resultaria na Medicina experimental. A Medicina experimental é, nesse período, a fisiologia.

Os médicos brasileiros, nos anos 30 do século XVIII, como reflexo claro desse movimento que ocorre na Europa, começam a rejeitar todo saber herdado, entendem que o saber médico deva ser construído a partir dos fundamentos desenvolvidos pela fisiologia e pela anatomia fisiológica, mas ao fazer isso, eles também rompem com os alicerces básicos de seu próprio poder profissional. Ao rejeitar toda aquela herança e ao reconhecer que toda a Medicina, como saber científico, dependia de futuras pesquisas,

eles colocavam em risco seu próprio poder profissional. É claramente o que ocorre entre os anos 1830 e 1870. Colhi uma série de depoimentos, muito claros nesse sentido, que demonstram terem os médicos uma grande desconfiança em relação ao seu saber e, como na verdade, o que se esperava era que a fisiologia pudesse construir a base de uma terapêutica científica, isso não ocorrendo, eles passam a ter perfeita consciência de que a Medicina nesse momento encontra-se em grande dificuldade para realizar suas promessas de cura.

A Medicina apresenta um *gap* entre o conhecimento produzido no nível da fisiologia e no da terapêutica disponível. A reforma dos anos 50 é muito marcada por isso, ela é uma reforma baseada no modelo francês anátomo-clínico e nas instituições francesas marcadamente centralizadoras: uma Medicina hospitalar, feita no leito dos pacientes. Dá-se ainda pouca importância ao laboratório como espaço de criação e desenvolvimento do saber médico.

A partir dos anos 1870, começa um movimento marcadamente distinto. Acumulam-se uma série de conquistas com os trabalhos de Claude Bernard, Virchow, Magendie, Bichat etc. A partir dos anos 50 os médicos começam a ter cada vez mais a certeza de que possuem bases sólidas para seu saber. Havia ainda, e isso só vai ser sanado no final dos anos 90, uma desconfiança muito grande em relação aos recursos terapêuticos, mas já havia um consenso em relação às bases legítimas do saber médico. Exatamente a partir dessa convicção se iniciam os movimentos pela reforma do ensino médico, que vai ocorrer nos anos 80 do século XIX. Essa reforma tem características distintas: primeiro, ela se apóia nas especialidades clínicas, e aponta para as diversas especialidades clínicas que já começam a se desenvolver em harmonia com os conhecimentos que vão surgir da fisiologia e da patologia. Ela tem como referência não mais o modelo centralizador francês, mas o modelo institucional alemão, em que existe uma relação íntima entre ensino e produção do saber nos laboratórios. O lema da re-

forma de 80 é ensino prático e ensino livre. Ensino prático significando um ensino das clínicas especializadas feitas no hospital e também no sentido de ensino de laboratório. O ensino é livre porque se deseja acabar com o rígido monopólio estatal sobre a formação do médico. Quer-se também ampliar essa formação não apenas diversificando as escolas médicas, rompendo portanto com o monopólio das faculdades do Rio e Salvador, como apontando-se para um ensino privado.

Poucos foram os historiadores que se deram conta do relativo sucesso dessa reforma. Efetivamente na última década do Império, no período de 1880 e 1889, há uma profunda reforma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a implantação de inúmeros laboratórios construídos para áreas específicas. No início da reforma havia dois microscópios apenas, aos poucos, chegaram a mais de cinquenta. As clínicas da Santa Casa, onde se dava o exercício de formação clínica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foram ampliadas. Por outro lado, cria-se uma instituição, a Policlínica Geral do Rio de Janeiro cujo significado é hoje pouco reconhecido.

A Policlínica foi nossa primeira instituição de ensino médico alternativo. É na Policlínica que se dão as primeiras aulas de bacteriologia e de clínica oftalmológica. Concomitantemente ao movimento que ocorre na Faculdade, várias outras clínicas vão aparecer. No período, inclusive, os membros da Policlínica tinham um jornal chamado *União Médica*, e assinam os diversos artigos intitulando-se: professor de clínica dermatológica, professor de oftalmologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro etc.

Este estudo revelou que Oswaldo Cruz é o produto de um amplo movimento que se desenvolve ao longo do século XIX, de expansão e legitimação desse poder profissional através da monopolização da definição das instituições que deveriam ser implantadas; dos critérios de cientificidade que deveriam ser aceitos para se desenvolver as bases do conhecimento médico e, ao mesmo

tempo; do controle profissional das formas de formação profissional. É extremamente importante levar em conta que, ao longo do século XIX, diversas outras categorias de curadores existiam e exerciam sua prática com total liberdade, e estou falando da Corte do Rio de Janeiro, onde se pode imaginar que o poder de polícia era muito mais amplo. Aqui havia muita facilidade para curadores, mezinheiros, curandeiros praticarem a arte de curar.

Por outro lado, nos anos 50 também é criada uma escola homeopática. Os médicos da Faculdade de Medicina são radicalmente contra a legalização do ensino homeopático. E, no entanto, os homeopatas conseguem, com relativa facilidade, a chancela oficial para que pudessem desenvolver seus trabalhos. Portanto, percebo que a restrição do exercício da arte de curar aos médicos diplomados pelas instituições oficiais ajudou a isolar as diversas categorias de charlatães.

A Medicina de todo esse período é uma Medicina liberal. Está voltada para a clientela rica, para a elite social e econômica da Corte do Rio de Janeiro. A todo momento quando os médicos se referem às necessidades da população, às necessidades do povo, pode-se perceber que essa “população”, esse “povo”, na verdade, é uma clientela privilegiada de cidadãos do Império. Evidentemente havia a filantropia como forma de acesso dos pobres à Medicina. Mas ela não corroía as bases de profissão liberal, de um médico com posse dos instrumentos de trabalho e com o controle do preço de consulta, por exemplo.

Esse projeto da profissão médica que vem sendo forjado desde meados do século XIX vai efetivar-se nos anos 10 e 20 desse século. Provavelmente, a forma mais próxima desse tipo ideal de Medicina liberal, desse tipo ideal de profissão médica, com autonomia profissional, com alto *status* do médico e com controle sobre o próprio acesso da clientela, estabelece-se nas três primeiras décadas do século XX. Lilian Schreiber vai chamar atenção para o fato de a Medicina mudar do padrão liberal para um padrão mais

tecnológico e empresarial a partir dos anos 60 do século XX. Evidentemente que alguns elementos de intervenção estatal sobre o mercado de trabalho médico existiam desde os anos 30, mas a consolidação da Medicina como profissão não-liberal, o assalariamento do médico, a perda do controle do mercado de trabalho, a intervenção de vários outros setores sociais do trabalho médico, como por exemplo a preponderância de mecanismos de controle industrial e das diversas indústrias de medicamento sobre a terapêutica médica, constituem um fenômeno mais recente, dos anos 60 para cá. Do começo deste século até os anos 30, essa Medicina de face liberal começa a ser tencionada por uma série de outros elementos. Primeiro, a partir de pressões oriundas do movimento operário, assiste-se à criação de uma série de caixas de assistência e de aposentadoria, que organizam o controle e, não só ampliam o consumo dos serviços médicos, como também organizam o acesso. Só que nesse momento ainda não vai se subverter a base liberal da Medicina, porque o que se vai fazer é a compra de serviços médicos. A partir dos anos 30, o Estado começa a intervir mais diretamente com a expansão da rede de assistência pública. Isso vai se desenvolvendo. A partir de 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social, e então os serviços médicos são oferecidos a mais de 20% da população brasileira. Amplia-se muito aquele restrito mercado, formado por uma clientela privilegiada, que era a expressão da Medicina liberal. Ainda hoje, a identidade do médico constitui um pálido reflexo daquela imagem do médico liberal. É muito comum que um estudante entre na faculdade almejando tornar-se um profissional liberal, imaginando que esse será o seu futuro. Porém, com a especialização e com a fragmentação do saber médico em diversas especialidades tem-se, cada vez mais, sob o pano de fundo de uma prática liberal, uma diversidade enorme de padrões de relacionamento entre o médico e sua clientela.

Houve uma mudança profunda na relação médico/cliente. Antigamente, uma relação liberal, agora, grande parte dos médicos mantém um vínculo empregatício no exercício de sua profissão.

Vou recorrer a uma analogia: os médicos se vêem hoje mais ou menos como o carioca em relação ao paulista, ou o flamenguista em relação ao vascaíno. Há uma variedade enorme de identidades de maior peso, que se escondem por detrás desses emblemas. Essa identidade médica está muito fraturada exatamente pela diversidade de relações concretas que os médicos mantêm com seus pares e com sua clientela. O que se verifica agora, num movimento que alguns tendem a chamar como desprofissionalização, é a afirmação de diversas estratégias desenvolvidas pelas diversas categorias de especialistas que têm relações diferenciadas com esse mercado, impondo estratégias específicas de valorização de seu *status* profissional, ainda que recorrendo àquela antiga imagem do médico profissional liberal.

As conseqüências desse fenômeno que se chama de desprofissionalização seriam, por exemplo, o problema de representatividade do sindicato médico. Vem sendo estudado pelos sociólogos, de alguns anos para cá, o fato de cada vez menos o sindicato médico representar os médicos. Isso é bem verificado pela pouca expressão e pouca participação que tem o processo eleitoral. Por outro lado, existem estratégias muito específicas de sociedades especialistas, como a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, de procurarem a valorização do seu saber técnico.

Há outro fenômeno que concorre para esse processo de desprofissionalização: a afirmação dos valores democráticos da sociedade, concomitantemente com o incremento do número da população que tem acesso ao ensino superior. Cada vez mais é comum haver uma discussão sobre as definições das estratégias de sujeição dos pacientes às condutas médicas, e afirma-se o direito de optar-se livremente entre as diferentes estratégias terapêuticas disponíveis. Por outro lado, recorre-se a diversos outros tipos de alternativas. É muito comum salientar-se que as pessoas

vão à farmácia e já se consultam diretamente com o farmacêutico, muitas vezes com o balconista, que normalmente não é farmacêutico. Eu mesmo muitas vezes faço isso. Esse seria um fenômeno específico e mais uma vez é interessante voltar-se à discussão do que caracteriza efetivamente o *status* profissional. É justamente a capacidade desses profissionais, desses diversos grupos de *experts*, em afirmar estratégias específicas de valorização do seu trabalho. Existe uma abordagem clássica dessa questão que é dada principalmente pela Sociologia funcionalista que afirma que a base do poder das profissões encontra-se no seu conhecimento específico. Sendo um conhecimento de caráter pragmático fundamental, ele teria uma utilidade social clara, uma função muito forte. Mas afinal de contas quem define o valor e a utilidade desse conhecimento? Tanto sua legitimidade quanto seu prestígio tecno-científico não são uma coisa dada, mas construída socialmente. Esse estudo que fiz sobre a Medicina do século XIX tornou patente para mim que tanto a validade quanto o valor prático do saber médico são frutos de um processo político e não somente uma questão puramente intelectual. E agora, mais uma vez, os médicos, as diversas especialidades médicas, estão diante desse impasse de legitimidade. Por quê? Pois mantêm um forte controle sobre o acesso à profissão, sobre o treinamento, e sobre a ética profissional, inclusive através de recursos a tribunais específicos, como os CREMERJs, conselhos regionais. Essa seria, segundo uma vertente, a base do poder profissional.

Mais recentemente, alguns sociólogos têm respondido de maneira um pouco distinta, afirmando que o mais importante na busca desse autocontrole é justamente afirmar-se simbolicamente como *experts*, decorrendo daí a necessidade de manter um controle sobre a eficácia e sobre os resultados da intervenção desses profissionais. Outras considerações poderiam ser feitas sobre a Medicina no século XIX e instituições médicas; passei por alto por outros temas, porque queria chegar basicamente a essa discussão agora.



Então, se quiserem levantar algumas questões, posso tentar respondê-las. Obrigado.

**PAULO GABRIEL** Gostaria de fazer alguns comentários sobre a exposição de Flávio. Achei fundamental a questão do controle do ensino como um fator de construção da profissão. Ou seja, o ensino como elemento estruturador do que nós consideramos uma profissão. Sobre o século XX, desenvolvi uma pesquisa do ensino médico. A imagem liberal da Medicina é a que é vendida ainda dentro da universidade como sendo a imagem do médico, ou seja, a construção da identidade do estudante de Medicina dentro da faculdade é feita em cima das categorias da Medicina liberal. Ou da Medicina do serviço público, que também já não corresponde exatamente. A idéia que se vende de serviço público dentro da faculdade não é a realidade que nós encontramos na prática. Então, essa questão contribui muito, porque hoje em dia, o que se vê é a fragmentação das entidades médicas, uma dissociação entre a imagem oficial da Medicina e a realidade de 90% dos médicos.

Se no século XIX se tem a construção de uma imagem da Medicina como um futuro a ser almejado, hoje em dia temos uma imagem que já não corresponde a essa realidade e não tem como organizar os elementos dessa realidade para uma determinada direção. Essa é uma questão que eu queria levantar aqui, que sua palestra suscitou. E isso também me leva a uma outra questão, que é a desprofissionalização da Medicina sendo acompanhada também da concorrência com novas terapias.

Atualmente, a Medicina científica sofre uma brutal concorrência, seja de terapias vindas de outros sistemas médicos, como a Medicina chinesa, Medicina indiana, seja de terapias vindas de outros saberes, como a cromoterapia, cristais. Não estou aqui discutindo a validade ou a não-validade dessas terapias, mas são elementos presentes no mercado. Outro fator interessante também é a homeopatia, que no Brasil teve uma força muito grande no sécu-

lo XIX. Inclusive a Santa Casa chegou a ter uma enfermaria homeopática. Gostaria de que você falasse um pouco sobre a relação entre a alopatia e a homeopatia no século XIX e sobre as consequências dessa relação, porque hoje em dia você tem uma recusa absoluta da homeopatia por parte dos alopatas. Geralmente os comentários alopatas na faculdade, no ensino médico, não são muito lisonjeiros a respeito da homeopatia.

**DAVID SOMBERG** Existe um contramovimento do processo de deslegitimar práticas ditas alternativas porque, hoje, a própria categoria incorpora essas práticas — algumas faculdades têm aulas de homeopatia nos seus currículos. Os conselhos, os grandes normatizadores da prática, os legitimadores do mercado, admitem homeopatia e acupuntura como procedimentos.

**PAULO GABRIEL** Logo após o século XIX, houve um período de recusa absoluta da homeopatia; quanto às faculdades, a única que eu conheço que tem homeopatia é a UNIRIO, que é uma faculdade homeopática. Ela foi fundada para ser uma faculdade de Medicina homeopática e hoje em dia ela é de Medicina alopatá, tendo uma cadeira de homeopatia. Quer dizer, você tem uma reviravolta na história que colocou a homeopatia de lado, como Medicina alternativa, não como Medicina legítima dentro do campo médico.

Uma outra questão também fundamental para se pensar é o surgimento da AIDS no campo médico, uma doença até agora incurável, e que está dentro desse processo de desprofissionalização e de organização, de associações de pacientes de doença para lutar pelos seus direitos. Um movimento que surgiu nos Estados Unidos e que se implanta no Brasil, também. A AIDS lida com grupos sociais, basicamente. Desde o início da epidemia, tem-se a acusação de certos grupos sociais como perigosos, como portadores de

HIV/AIDS: homossexuais, drogados... No caso dos Estados Unidos são os negros haitianos, e por aí vai. Então surge uma resposta. Uma vez que se estigmatiza um grupo numa sociedade de procedimentos democráticos, onde a liberdade de associação existe, tem-se a resposta disso, que é a organização desses grupos reivindicando seus direitos. E eu acho que essa organização é muito mais forte no caso da AIDS por ser uma doença que não tem uma cura. Então, a discussão da terapêutica e de sua liberdade de escolha fica muito mais ampla. Você não tem que se submeter a uma terapia para ser curado. Você pode discutir a questão da qualidade de vida e outras questões, digamos assim, não-específicas da dita imagem que se tem da ciência terapêutica. Bom, era basicamente isso, essas questões que eu queria levantar e gostaria de ouvir principalmente sobre a homeopatia.

**FLÁVIO** Sucintamente, sobre a homeopatia. Em 1851 cria-se uma escola homeopática no Rio de Janeiro. Os professores da Faculdade de Medicina contestam: “Isso é um absurdo”. Mas cria-se uma faculdade, cria-se essa escola homeopática, e a chancela, dando a ela o direito de expedir diplomas de conclusão do curso de homeopatia. Como isso é feito? Da seguinte maneira: havia uma troca constante de ministérios. O Império é todo marcado por esse movimento. São raros os ministérios que conseguem durar mais de três anos. Um determinado ministro dos negócios do Império, provavelmente simpático à causa homeopática, vai e a chancela e, bom, cria-se essa escola. De qualquer maneira, só pôde exercer a homeopatia, pelo menos ao longo de todo século XIX, o médico formado pela Faculdade de Medicina, com diploma reconhecido pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro ou de Salvador, que optasse pela homeopatia. Ninguém poderia, apenas formado pela homeopatia, exercê-la livremente. No entanto, há uma distância gigantesca entre o que é o dispositivo legal e a prática. Al-

guns estudos, de maneira muito equivocada, chegaram a afirmar que nos anos 50 do século passado a Medicina tinha amplo e total controle sobre a prática médica. A Medicina oficial tinha o poder de polícia sobre a prática médica. Neste estudo que fiz, pude verificar que as reclamações na própria Academia Imperial de Medicina são extremamente comuns quanto ao fato de que vários curandeiros podiam trabalhar à vontade. Provavelmente, muitos não-médicos, ou médicos sem diploma, exerciam a homeopatia livremente.

Logo no início da República, especulou-se e houve alguma articulação política no sentido de se criar uma cadeira de homeopatia na Faculdade de Medicina. Há um documento, que consegui com o professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Bruno Lobo, recentemente falecido, em que os médicos todos abaixo-assinaram, demitindo-se imediatamente caso fosse criada a cadeira de homeopatia. A Congregação da Faculdade de Medicina assinou. Isso revela uma profunda oposição. Por outro lado, temos constatado a incapacidade dos médicos de fazer valer a sua concepção, controlando esse mercado. Em relação à questão suscitada pela AIDS, vale a pena dizer o seguinte: a fronteira entre o charlatanismo e ciência, a fronteira entre conhecimento científico e especulação, dogma, ou crença ordinária, torna-se muito tênue num momento de polêmica entre os especialistas. Ou seja, quando surge uma anomalia, isto é, quando um fenômeno desafia as explicações vigentes, os jornais médicos, as sociedades de especialistas e os próprios laboratórios tornam-se arenas de negociação e confronto desses diversos grupos que buscam redefinir a explicação etiológicas das doenças e apontar terapêuticas eficazes.

**DAVID SOMBERG** A profissionalização e a legitimação do poder são as manifestações da organização dos processos de trabalho médico, enfim, como elas aparecem para a sociedade. Existe uma

correlação muito estreita entre as transformações do processo terapêutico e da forma de encarar a Medicina, a cientificação do processo da aquisição do conhecimento dentro da Medicina, as transformações do ensino médico entre Europa, Estados Unidos e Brasil. O Flávio citou, por exemplo, que no final do século XIX, com a formação do mercado liberal, houve a legitimação do hospital. É exatamente no final do século XIX que a residência médica aparece. Por volta de 1980, John Hopkins, nos Estados Unidos, percebeu que a maioria dos pacientes do pós-operatório morria à noite. Era preciso ter um médico no hospital. A figura do hospital ainda era aquela da Idade Média: lugar aonde as pessoas iam para morrer. O paciente era tratado em casa e, moribundo, ia para o hospital. A construção, trabalhada por Foucault, da legitimação do hospital como espaço privilegiado do exercício da Medicina e da função de curar ou da arte de curar, que está aparecendo no final do século XIX, aparece em todo lugar. Quer dizer, nos EUA começam a dar importância ao médico dentro do hospital, começam a legitimar o hospital como espaço da atuação do médico. Aqui é a mesma coisa. Assim também quando se fala, no início do século XX, da liberalização e hegemonização do mercado pelo modelo liberal clássico, do médico de consultório, e a necessidade de uma transformação da visão de como ensinar a Medicina. Tudo isso se confirma com o relatório Flexner, que aparece nos Estados Unidos no início do século, e que é um trabalho encomendado para cientificar o ensino da Medicina. A Medicina, embora bastante atrasada, reconhece a hegemonia da Física clássica como o modelo das grandes faculdades de Medicina.

Gostaria que comentasse: existe alguma especificidade, uma relação muito estreita, relação temporal muito clara, entre processos globais e a formação do mercado médico e da profissão médica no Brasil? No processo de legitimação desse poder, no processo da construção da profissão, há no Brasil um mecanismo que os Estados Unidos não têm. São autarquias, são conselhos, uma enti-

dade oficial que determina, que avisa para a sociedade: aqui tem alguém que manda. A profissão médica, a partir da criação desses mecanismos de controle de mercado, deixa de ser um “ente” com um limite meio vago e passa a ser um dado da oficialidade. Oficialmente existe um órgão que é ligado ao Estado e que exerce esse controle. Isso não acontece, por exemplo, em sociedades liberais mais antigas. Eu queria saber se você tem alguma opinião sobre isso e como é que se dá esse processo de oficialização do controle do mercado.

**FLÁVIO** Quero inicialmente questionar essa afirmação sobre a existência de uma defasagem entre a Medicina brasileira e a Medicina européia. Todos os estudos que li afirmam existir dois momentos da Medicina brasileira: um momento em que a Medicina é pré-científica e outro, em que ela se torna científica. Disse no início da exposição que Oswaldo Cruz marcou justamente a origem da Medicina científica. Até então, a Medicina seria um amálgama de preconceitos difusos, de caráter mais ou menos neo-hipocrático, especulativo. Toda a literatura ressalta este caráter. Os médicos do século XIX desconheciam a experimentação, a observação sistemática. A Medicina não teria eficácia, porque não baseava-se num modelo de explicação científica. Falava-se em miasmas como causa de doença, emanações que saíam da terra e que causavam doenças.

Em oposição a isso, surgiria a Medicina científica, efetivamente fundada na análise microscópica, na fisiologia, na anatomia patológica, ou na patologia celular, verificando os fatos, seguindo as regras do modelo experimental. Eu desconfiei profundamente desse tipo de periodização, muito informado pela discussão mais recente da epistemologia. Portanto, decidi estudar a base do conhecimento médico no século XIX. Na verdade, ao contrário do que era extremamente divulgado na literatura de história da Medicina, eu encontrei perfeita consonância entre o debate médico ocorrido aqui

e o debate médico ocorrido lá. Existe uma frase de um professor da cadeira de física da Faculdade de Medicina, em 1873: “os debates médicos na Corte do Rio de Janeiro se dão de tal forma em que sempre se julga vitorioso aquele que afirma serem as suas afirmações chegadas do último pacote.” O que está sendo trazido mais recentemente da Europa é a afirmação verdadeira. Todo o debate é muito marcado por isso: você faz uma afirmação, alguém imediatamente levanta um artigo mais recente que acabou de receber de uma revista inglesa, francesa, americana, e contrapõe. Aqui de fato existia muito pouca experimentação, o início da Medicina experimental ocorre a partir de iniciativas individuais nos laboratórios privados, nas clínicas privadas.

A partir de 1870, começa a aparecer uma série de jornais médicos: *Progresso Médico*, *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, *Gazeta Médica da Bahia*, *União Médica*, *Revista Médica*. Jornais que colocam os médicos brasileiros em sintonia com o debate estrangeiro.

Quanto à sua outra questão sobre as diferenças que são possíveis de se estabelecer entre as instituições médicas em países de tradição liberal e o nosso, de tradição autoritária, posso responder comparando a trajetória que alguns países tiveram que percorrer para unificar os currículos médicos. No Brasil, D. João VI cria duas academias, uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia. Medicina oficial é só aquela afirmada e produzida por essas academias; o controle de formação e do processo de aprendizado é todo feito por elas.

Na Europa era diferente. Nosso modelo é o francês e, na França, entretanto, havia duas categorias de curadores oficiais, os médicos e os chamados *officier de santé*, que eram os médicos com formação muito precária. Eles não tinham curso de Medicina e sim uma formação secundária — eram os médicos de província: “Médicos pobres para gente pobre.” Isso na França, que tinha o sistema de ensino mais centralizado de toda a Europa, desde a

reforma de Napoleão Bonaparte. Isso existia na França, e a unificação dessas duas categorias foi objeto de extrema disputa ao longo do século XIX. Mas na Inglaterra existiam várias categorias que expediam diplomas de curadores. Existiam os *aphotecarys* (os boticários), existiam farmacêuticos que curavam. Oxford expedia diplomas médicos, mas existiam outros centros que baseavam-se em sistemas médicos distintos. Mesmo na Inglaterra, mais liberal, havia uma disputa enorme. A universalização do currículo foi um processo de muita briga. Todos geralmente costumam citar os Estados Unidos e o relatório Flexner como o grande marco dessa disputa. Só que foi o mais atrasado de todos, porque na sociedade americana, de caráter muito mais democrático, muito mais liberal do que as outras sociedades, qualquer um podia fundar uma escola médica, havia centenas delas. A associação americana de Medicina foi sendo formada através de um lento processo de lutas e negociações políticas e teve muito poucas adesões no seu início; foi muito custoso o processo de formação e unificação. O que significa fundar-se uma associação única nesse contexto? Significa a unificação na base do conhecimento na definição de uma prática consensual de uma ética específica, de currículos equivalentes nas escolas médicas.

Aqui no Rio de Janeiro não se reconhecia qualquer diploma de médico estrangeiro. Além de fazer uma prova nas faculdades do Império, os médicos tinham que ter o diploma reconhecido. A Universidade de Filadélfia, por exemplo, ninguém reconhecia. Médico formado nos Estados Unidos estava sob suspeita, já que qualquer um podia se formar. Evidentemente, nossa Medicina era uma Medicina de elite, formada para a Corte do Rio de Janeiro. Nos anos 60 do século passado, 300 médicos eram vistos como demais para a Corte. Por outro lado, todas as outras províncias do Brasil eram absolutamente carentes de médicos. Então, houve uma discussão entre eles sobre a necessidade de se criar um médico de segunda classe, exatamente como no modelo francês — *officier*



*de santé* —, e houve uma profunda discussão. Um importante médico e senador, Jobim, levantou a questão aqui. Houve uma rejeição muito forte da Academia e dos membros dos jornais médicos em relação à experiência francesa.

No Brasil havia a Academia Imperial de Medicina: o legitimador, o grande tribunal da Medicina do período. Seu *status* político cresce no final do século XIX. Até então, seu poder normatizador é muito parco. Nos anais da Academia, os médicos reclamam não terem poder de polícia, não conseguir coibir práticas alternativas. Apenas no final do século XIX, ocorre a legitimação da Academia Nacional de Medicina. A maior evidência seria a reforma da Faculdade de Medicina, há então bases para um efetivo poder profissional. Isso se relaciona com o início da urbanização, que vai se consolidar nas décadas de 10 e 20 deste século, e com a formação de uma clientela para esse tipo de médico liberal. Os médicos saem das bases de dependência em relação aos intelectuais que exerciam mais diretamente o papel de dirigentes políticos, isto é, os bacharéis. É muito importante ter em mente o seguinte: a sociedade era marcadamente patriarcal no século XIX. Os médicos tinham uma relação de dependência com certos oligarcas, ou mesmo com a burocracia estatal. Então, a todo o momento, a Academia, jornais médicos, professores da Faculdade de Medicina questionam a indicação de certos médicos para diversos postos estatais, feita sem concurso. Isto era expressão de um sistema de clientela muito forte; era muito difícil romper isso.

Uma outra evidência importante do século XIX, um personagem completamente desconhecido de vocês (mas muito mais importante, no século XIX, do que Oswaldo Cruz), chamava-se Domingos Freire. Ele foi o primeiro bacteriologista do Brasil, inventou, ao longo dos anos 80, injeções que supostamente curavam a febre amarela. Esse médico, cujas pesquisas eram mal-vistas pela Academia, conseguiu um laboratório oficial porque tinha relações com o Imperador, e, na República, com personalidades importantes da elite política.

Quando Oswaldo Cruz vai fazer a sua reforma sanitária, o primeiro momento de embate dele é um congresso médico, ou seja, já não era mais possível, na época de Oswaldo Cruz, deixar-se de lado a profissão médica e as instâncias de consagração dessa profissão. Para ele foi fundamental ter que ir junto aos médicos e desenvolver uma forte polêmica para ganhar o segundo congresso médico no Brasil sob a sua proposta de vacinação.

**JACQUELINE** Gostaria que comentasse a presença da mulher na Medicina. No processo da cura, que não é a cura monopolizada pela Medicina, a mulher tem papel fundamental. Durante séculos, ela foi a principal responsável pela intervenção em momentos fundamentais, como o parto. A mulher representa o primeiro concorrente ao médico quando se estabelece a Medicina nos moldes oficiais. Estou pensando na Europa dos séculos XV, XIV e XVI. Quando se analisa a Inquisição, as mulheres são acusadas de bruxaria porque detêm esse conhecimento de cura. Depois, durante séculos, as mulheres são impedidas de entrar em qualquer faculdade, principalmente a de Medicina. O monopólio do parto, que a mulher teve durante muitos anos, passa a ser detido pelos cirurgiões-barbeiros, e depois pelas especialidades médicas de Obstetrícia e Ginecologia, das quais a mulher está afastada. Nessa gênese da Medicina no Brasil, teve você a preocupação de estudar a presença da mulher nas Faculdades de Medicina? Qual a primeira mulher a ingressar na Faculdade de Medicina? Gostaria também de saber como é que se dá atualmente essa relação? Podemos ter dois tipos de relação: a numérica e a da influência curricular no sentido de a faculdade ter alguma preocupação com questões de poder, que está imbutido na relação médico-paciente em geral e é ainda mais marcante quando a paciente é mulher.

**FLÁVIO** Esse não foi o objeto da minha pesquisa, mas encontrei alguns documentos interessantes. Quando estava analisando a profissionalização da Medicina, precisei localizar as diversas outras categorias de curadores não-oficiais, os charlatães — estou usando linguagem dos médicos — curandeiros, mezinheiros. Muitos são os atributos, geralmente negativos. Cheguei a usar duas referências em relação a isso: primeiro, Gilberto Freyre escreveu em *Casa Grande e Senzala*, expondo a sua tese de que é o Estado que constrói a racionalidade, o que se choca com toda a prática de costumes da Casa Grande. O autor diz que o médico foi o primeiro a intervir no *status* da mãe — a comadre que fazia os partos. O médico vai ser o primeiro a defrontar o seu saber oficial com o saber admitido, aceito e muito difundido nas fazendas. Tive posse de um documento muito interessante, que encontrei na Biblioteca Nacional, de um médico falecido nos anos de 1880. Ele começou a medicar nos anos de 1830. Foi professor da Faculdade de Medicina. Chamava-se Nunes Garcia, era parteiro e falava da enorme dificuldade de ser parteiro e de concorrer com as parteiras. Refiro-me aos anos 1860, época deste manuscrito autobiográfico. Nunes Garcia conta a disputa muito grande com as parteiras e a desconfiança em relação ao seu trabalho. Por outro lado, na Academia Imperial de Medicina, existia uma mulher que era parteira. A Faculdade de Medicina formava parteiras. Ela chamava-se Madame Durocher. Nos anos 1870, já fazia parte da Academia Imperial.

Com a reforma de 1884, as mulheres passam a ser admitidas como estudantes da Faculdade de Medicina. E há uma polêmica nesse sentido. Alguns professores defendem arduamente a admissão de mulheres, enquanto outros acham isso um absurdo.

**RENATO** David comentou a respeito da contemporaneidade das discussões do século XIX, no Brasil e em outros países. Essa cientificização da Medicina aconteceu e os médicos brasileiros

dela não podiam escapar. Quanto ao controle do mercado, de que você estava falando, existiam 300 médicos na Corte brasileira. Estou lendo a respeito de um médico paranaense que viveu no século XIX e se formou aqui. Em 1872, se formaram dezenove médicos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e eu acho que, de alguma forma, ainda hoje, se exerce um controle de mercado parecido. Hoje em dia, já se formam médicos para serem empregados de outros médicos. Antes se formavam poucos médicos, hoje se formam muitos, mas muito poucos para exercer funções de comando dentro da sociedade, dentro da própria profissão. Seria isso o que você chama de desprofissionalização da Medicina?

**FLÁVIO** Eu rejeito a idéia de que existe uma contraposição entre uma fase científica e uma fase não-científica da Medicina. Essa noção que nós temos, de que existiu uma fase científica e uma fase não-científica, é profundamente marcada pelo próprio discurso forjado pelos médicos ao longo de todo o século XIX. Por exemplo, os médicos do século XIX eram muito zelosos dos seus conhecimentos sobre climatologia médica. Miasma era um conceito extremamente bem controlado pelas experiências. Sabia-se quando os miasmas atacavam, sabia-se qual era a proveniência dos miasmas, sabia-se toda a patogenia que levava a presença de miasmas a produzir certos tipos de doenças. Havia um acúmulo enorme de evidências clínicas de pessoas contaminadas por miasmas. E, quando surge a Medicina bacteriológica, todo esse saber é varrido como alguma coisa não-científica, como pueril, dogmático, como especulação, como besteira, como desprovido de bases empíricas. Isso tudo foi forjado pelos próprios médicos desse período.

Quero, de antemão, rejeitar a idéia de uma Medicina científica e outra, não-científica. Também a pragmática é um dos elementos importantes para se credenciar um saber como verdadeiro ou fal-

so. Para os médicos da fase de vigência da Medicina miasmática ou climatológica, a eficácia era muito clara, porque há toda uma negociação para definir o que é causa do quê, e se uma intervenção foi eficaz ou não. Para aqueles médicos, a Medicina do período era eficaz. A partir dos anos 30 do século XIX e ao longo dos anos 40, 50 e 60 formou-se um consenso entre os médicos, sobre um crescente *gap*, uma lacuna entre os conhecimentos fisiológicos bastante certificados, e a terapêutica. Eles começam a suspeitar muito da eficácia da terapêutica e passavam a acreditar que produziriam uma terapêutica científica, a partir dos fundamentos científicos da fisiologia e da patologia.

O outro lado da questão é a desprofissionalização. Bem, eu quis apresentar o movimento diacrônico da profissionalização, para chegar à desprofissionalização, mostrando assim que a profissão não é uma coisa dada, natural. A identidade do médico não é dada desde sempre. O médico como profissional, tal como hoje se concebe, é um produto do século XIX. Esse chamado fenômeno de desprofissionalização, na verdade, é um conceito que eu peguei de uma literatura bem recente, e não tenho muita idéia sobre a sua eficácia explicativa. Ele tem muito a ver com perda de autonomia profissional. Nesse momento de desprofissionalização, o que acontece é o seguinte: primeiro, a afirmação de diversas especialidades médicas que são concorrentes entre si; a perda daquela identidade, daquela imagem comum do médico, que é o médico profissional liberal, construída ao longo do século XIX e vigente como ideal ao longo dos anos 10, 20 e 30 desse século, além da produção de novas identidades. É uma tentativa de cada um desses grupos de “hegemonizar” esse processo, ou seja, de afirmarem uma estratégia que é particular ao seu grupo, sob o pano-de-fundo dessa imagem da Medicina. Surge a pergunta: quem o sindicato médico do Rio de Janeiro representa efetivamente? Isso seria uma boa pesquisa. Quem vota hoje em dia nos sindicatos médicos? Talvez se descubra que são médicos do serviço público, e aí não repre-

sentam mais os médicos profissionais liberais. Quem organiza os médicos profissionais liberais? Que sentido existe em pertencer à Academia Nacional de Medicina? Os médicos, professores de faculdade, como se organizam? As diversas sociedades médicas e suas especialidades? Enfim, essa dinâmica completamente esgarçada que caracteriza a desprofissionalização. E, ao mesmo tempo, a emergência de diversas outras práticas “não-científicas”, a aceitação plena de outras terapêuticas e concorrência entre as oficiais.

**PAULO GABRIEL** Só para lembrar, não só concorrência, como articulação.

**FLÁVIO** Articulação e negociação.

**RENATO** Da mesma forma, os médicos brasileiros estão muito bem representados. Quase 40 deputados federais são médicos. Mas, na verdade, não representam mais a classe, representam uma classe de empregadores médicos. São donos de convênios, donos de hospitais. Então, é muito difícil estabelecer uma identidade do médico como profissional. Não só pela especialização, mas também por essa divisão de formas de trabalho. Existe o médico empregador, existe o médico empregado, existe o médico profissional liberal, existe o médico funcionário público. Isso tudo acaba fragmentando a identidade da classe.

**FLÁVIO** Há uma hierarquia enorme entre os médicos. Todo mundo sabe que um neurologista vai receber muito mais, terá um *status* muito maior do que um médico sanitarista, um clínico, ou um cirurgião. O importante é que há uma fragmentação. Então há uma

perda daquela identidade dos médicos e há uma grande manipulação. Os médicos acreditam muitas vezes que falam em nome da Medicina. A verdade é que o tipo ideal de profissão, com o discurso sobre a ética médica, os padrões de intervenção, a relação médico-paciente, a barganha de preço, autonomia profissional transformou-se muito rapidamente. A passagem da Medicina liberal para uma Medicina tecnológica e empresarial mudou profundamente o ideal da profissão médica. Muitos médicos são da área de saúde pública, são militantes do Partido Sanitário, mas há outra parte, de médicos de empresas de grupo, que às vezes até querem representar a Medicina. Essas realidades são construções históricas, marcadamente diferentes de país para país. Quando se fala em Medicina e profissão médica, temos que levar em conta, hoje em dia, que houve uma evolução bastante diferenciada, de acordo com realidades nacionais, capacidade de construção de interesse. Por exemplo, na Inglaterra, a Medicina ainda é marcadamente estatal, quer dizer, a força do *Welfare State* foi muito forte para barrar a privatização da Medicina. Aqui, ao contrário, quando o Estado começa a intervir, ampliando a clientela de serviços médicos, isso se dá concomitantemente à privatização da Medicina, a partir de subsídios à Medicina privada.

**LUCIANA** Concordo plenamente com a sua fala, quando você diz que a nossa realidade profissional é fragmentária. No entanto, no plano das aparências, resiste um “véu” que encobre este estado de coisas, sugerindo um aspecto homogêneo para a categoria médica.

Para somar ao debate sobre a construção histórica de nossa autonomia profissional, acredito que vivemos, atualmente, um momento em que está em franca evidência a disputa pela determinação e regulamentação destes limites. Ontem participei de uma discussão no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, cuja pauta era a proposta da lei antimanicomial do Deputado Federal Paulo

Delgado. Em resumo, a referida lei propunha — entre outras coisas igualmente importantes — a limitação do poder médico no ato de internação psiquiátrica à revelia do paciente. Este ato, até então em total poder do médico, passaria a ter que ser confirmado por um conselho de três representantes externos à instituição: um especialista da área, um representante do Ministério Público e um da sociedade civil organizada. Conseqüentemente, este médico poderia ter a sua ordem questionada e não teria mais o direito de dar a última palavra e selar o destino do paciente. É interessante notar que nesta disputa sobre a lei a corporação se dividiu: o CREMERJ foi contrário e o CFM e outras entidades foram favoráveis, o que denota como estamos em plena redefinição de nossa prática. De fato, a categoria de desprofissionalização parece bem eficaz aqui para descrever esta realidade. Isto acontece também na medida que a sociedade civil começa a interferir e que a classe média está mais informada, podendo então barganhar e negociar com seu médico as estratégias de intervenção para a sua saúde. Surge aqui então uma Medicina mais ética, que relativiza o seu monopólio de conhecimento, buscando uma terapêutica mais eficaz e democrática para o paciente.

Outro aspecto interessante que esta categoria de desprofissionalização aponta é exemplificada na militância de médicos e feministas em torno da humanização do parto e do nascimento, na criação de uma rede nacional de luta para redefinir os limites da intervenção obstétrica, a REHUNA. Esta rede pretende, antes de tudo, fortalecer os laços de solidariedade entre médico e paciente, onde parto e nascimento seriam compartilhados e da responsabilidade de ambos. A paciente teria portanto uma certa autonomia para determinar como desejaria ter o seu parto, e o médico seria basicamente aquele que *assiste* a gestante. Campinas — a UNICAMP — por conta disso, montou um curso para parteiras, sensibilizada por esta discussão. O professor Hugo Sabatino, fundador entre outros desta rede, conduz atualmente uma série de



estudos científicos nesta linha, para garantir a cientificidade dos procedimentos obstétricos de parteiras e de obstetras interessados em alternativas para a assistência ao parto.

Ainda discutiremos mais detidamente a questão da ética médica e do controle profissional, e acho que você alicerçou para nós este debate, na medida em que introduziu uma perspectiva histórica.

**FLÁVIO** Os estudos pioneiros sobre profissão médica calcaram muito seus juízos, conformaram muito os critérios que definem uma profissão a partir da própria fala dos profissionais. Havia perfeita harmonia entre a auto-imagem dos profissionais e aquilo que estava descrito pelos sociólogos como característico de uma profissão. A partir dos anos 1960 e 70, começa a haver, mesmo dentro da própria Sociologia funcionalista, uma certa crítica a essa concepção, a essa construção de um determinado ator social, o médico, ou de uma categoria como profissão. E aqui começa a se contrapor o discurso profissional. Havia sempre uma tensão entre a ética e a prática médica. A prática médica nunca equivale à ética. Sempre existiram médicos que fogem aos padrões éticos. Os sociólogos desse período vão fazer uma série de perguntas sobre a função da ética médica: o que garante a autonomia profissional? O que garante esse autocontrole? O que permite que exista na sociedade essa autonomia? E aí, quem é o agente dessa autonomia? Eles respondem — são os próprios médicos. O contrapeso de sua autonomia é o estabelecimento de uma série de critérios normativos, controle individual e coletivo sobre essa prática. E exatamente esse controle, esse código de ética, a vigência de tribunais é o que garante efetivamente a vigência do monopólio, o reconhecimento e o *status* privilegiado de uma profissão.

Freidson vai responder de maneira diferente, vai dizer o seguinte: esses são elementos de negociação e de valorização. Na verdade, a criação de um código de ética médica, o controle sobre

a formação profissional são estratégias que determinados grupos profissionais utilizam para o reconhecimento de sua profissão. Por exemplo, na área de Informática já há determinados círculos que buscam dar-lhe maior critério de cientificidade. Qualquer faculdade ou mesmo cursos de extensão dão aulas de Informática. Na UERJ, está havendo um forte movimento no sentido de que para se formar em Informática é preciso cursar vários períodos de matemática. Isso está sendo visto como uma estratégia de valorização da profissão. Essa seria portanto uma explicação análoga à que Freidson dá no caso da Medicina. Você cria uma série de estratégias, secundariamente pode ter vigência ou não a ética médica, o código de conduta, a capacidade de intervenção, o controle corporativo. Mas fundamentalmente a criação dessa ética de serviço, essa ética médica, o controle do processo de formação, têm de ser vistos como valorização da profissão.

**LEILA** Eu não sou da área médica, mas estou achando muito interessante essa discussão. Toda a questão se dá de modo muito semelhantemente na área do Direito, com a conformação da profissão do advogado. A transferência da Corte para o Brasil, o surgimento dos cursos jurídicos também estão dentro de todo um processo maior das transformações, do avanço tecnológico na sociedade, das transformações políticas, do surgimento de um modelo econômico novo, e, basicamente, do surgimento da idéia de mercado. Então, me parece que quando se entra na questão de controle da profissão, surgimento da profissão, surgimento das corporações, tanto médicos como advogados se organizam visando regular um mercado. Um mercado de médicos, um mercado de advogados e só àqueles mercados é que é legítimo oferecer o serviço. Isso vai se constituindo exatamente no período do Império. Na área do Direito, a França e a Alemanha são os modelos utilizados pelo mundo jurídico brasileiro com uma simultaneidade mui-

to grande. As transformações que ocorrem no pensamento jurídico na França posteriormente são substituídas pelo pensamento jurídico alemão, que ainda hoje é muito hegemônico no pensamento jurídico brasileiro. Isso se articula também com a questão da representatividade. Me parece que a discussão que está havendo aqui sobre a desprofissionalização e a representatividade tem semelhança com o que ocorre com os advogados. Assim como os médicos, pode-se ver na área do Direito, no final do século passado até meados desse século, advogados sendo originários das classes mais ricas da sociedade, e portanto, tendo um acesso muito rápido à produção intelectual européia e norte-americana. Na área do Direito, costuma-se dizer que havia dinastias de juristas e acredito que existem dinastias de médicos, famílias de médicos, sobrenomes que vão diferenciar bons médicos de desconhecidos. As pessoas se orientam por sobrenomes dentro da perspectiva dos médicos liberais ou dos advogados liberais, voltados para o atendimento de um mercado de ricos. Hoje em dia, essa situação gera a crise da representação: as corporações não estão mais atendendo à representação de sua categoria.

Na década de 1960, com a Medicina tecnológica, o assalariamento do médico, a classe média passa a ter amplo acesso às faculdades. Até que se dá uma cisão muito grande, quando as corporações se aproximam, exatamente por serem liberais, de uma possibilidade de contestar o próprio Estado, de contestar modelos mais autoritários de poder. Essas corporações acabam ficando tão afastadas da massa de advogados de classe média que, no final da década de 1980, vemos as corporações de advogados sendo tomadas por um outro tipo de advogado, não mais com o perfil de profissional liberal, mas com o perfil de assalariado. Não necessariamente esse advogado assalariado é um advogado que está preocupado com as questões da ampliação da cidadania, por exemplo. Então, há nessa área situações extremamente interessantes quanto à regulamentação da profissão, quanto ao controle e quanto à perda

desse controle por um certo tipo de médico, por um certo tipo de saber que no senso comum é colocado como elitista, em substituição a um outro tipo que seria considerado aparentemente como o modelo mais democrático de corporação. Na prática isso não ocorre necessariamente. Dentro desse percurso histórico, que você trouxe em relação aos médicos, você pode perceber o caráter das corporações e as contradições entre as cúpulas das corporações e os profissionais que a ela estão ligados?

**FLÁVIO** Acho que essas tendências certamente se expressam na Medicina. Em meu estudo usei uma categoria que foi importante para explicar todo esse movimento de profissionalização, que é a categoria de elite médica. Mas essas elites médicas, afinal de contas, tinham representação? Elas se colocavam como vanguardas profissionais. Os médicos ligados a jornais, à cúpula editorial, os membros da Faculdade de Medicina, da Academia Imperial se colocavam como porta-vozes das mudanças da Medicina. E eu me perguntei: mas há uma relação estreita entre esses médicos e a base? Eu respondi positivamente por dois motivos: primeiro, porque este momento é um momento de afirmação dos postulados profissionais. Havia uma convergência muito grande no sentido de unificação para criação e legitimação das instituições médicas oficiais, para a criação e legitimação do monopólio sobre as decisões políticas relativas à Medicina. Por outro lado, tive em mão alguns dados demográficos, que no Império são muito falhos. Havia muito poucos médicos na Corte e verifiquei que esses médicos eram cidadãos ativos. Para ser cidadão ativo no Império, é preciso ter muito dinheiro, pertencer à elite. Por isso havia uma consonância entre a base e os representados. A elite médica, de certa maneira, era a elite social. Ao longo dos anos 1870, formam-se muito poucos médicos. A Faculdade vai formar dezenove, vinte médicos. Havia realmente médicos estrangeiros que clinicavam aqui,

mas eram poucos, a maior parte era de médicos formados aqui mesmo. A partir dos anos 80 do século XIX, começam a se formar cem, duzentos médicos, com a reforma da Faculdade. Há o ingresso, ao mesmo tempo, com a expansão, a urbanização, o aumento da clientela. Houve uma luta muito grande pela ampliação. No século XX, onde esse fenômeno efetivamente se daria, em função da falta de base de apoio do sindicato, quem se interessa pela Academia? Qual é o médico que na Faculdade de Medicina está pensando sobre as questões da Academia Nacional de Medicina? No século XIX havia certamente uma profunda consonância. Os médicos da Faculdade de Medicina estavam sempre entrelaçados com as questões dos acadêmicos e uma decisão dos acadêmicos tinha profunda relação com a prática. É a Academia que propõe a criação da Faculdade de Medicina, é a Academia que propõe a criação da Junta Central de Higiene Pública. Atualmente, o sindicato tem esse problema de representatividade.

**DAVID SOMBERG** Esse processo de desprofissionalização, que preferi chamar de desregulamentação, tem a ver com essa estruturação do mercado, da criação do INPS, da fusão das caixas de assistência, que marcam uma intervenção de fato do Estado no mercado, quer dizer, que criam uma profissão de médico do Estado. O Estado então passa a ser o grande contratador de mão-de-obra para o mercado médico. De repente, o modelo liberal clássico não é absolutamente hegemônico, e existe um movimento, na década de 1970, do empresariamento da Medicina, o médico aparecendo como o patrão do médico. De fato você passa a ter um modelo, não o da profissão liberal clássica, mas do liberalismo clássico em que a sociedade se organiza e tem legitimidade para explorar outras pessoas, o que se conhece como capitalismo pós-industrial.

A partir do golpe militar, em 1964, algumas tendências que estavam querendo inserir de fato a economia brasileira no mercado internacional, muito sabidamente, perceberam que existia um poder latente na forma de organização da Medicina. Imagem arquetípica do médico, a onipotência do próprio conceito da Medicina, o monopólio da arte curativa. Quem determinou isso mais claramente foi Jarbas Passarinho. Na reforma universitária de 1968, acontece marcadamente um *boom* de cursos médicos. Essa estratégia foi gestada dentro do aparelho militar e a função era mesmo criar demanda no mercado e com isso baixar o poder da categoria. Criar-se-ia um médico proletarizável, devido à grande procura por emprego, e o mercado não assumindo toda a demanda. A partir do incremento da formação das empresas, a contratação de mão-de-obra médica deixa de ser exclusivamente função do Estado e passa a ser também da iniciativa privada. Assim mesmo o movimento sindical faliu e não representa mais ninguém. O que representa hoje, basicamente, não é mais a Academia Nacional, não é mais o sindicato, mas as sociedades de especialidade; as áreas de interesse fragmentadas é que estão se colocando como defensores da categoria. Quem encaminha a luta contra as empresas médicas são as sociedades de especialistas, que estão tentando tomar para si esse espaço de normatização que é da universidade, do Estado, do Conselho. As sociedades estão se organizando para determinar quem vai ser formado, como vai ser formado. Aí entra a questão do Conselho.

O Brasil, um país com um estado autocrático, centralista, cria uma entidade do Governo e cede à corporação o direito de normatizar, mas no âmbito do Estado. É diferente da organização americana, que é uma sociedade mais liberal, onde quem determina padrões de conduta é a Associação Médica, uma organização da corporação. Seria como a Associação Médica Brasileira, que reúne as corporações, as subcorporações, e que não é ligada diretamente ao Estado. No Brasil, o Estado toma para si esse direito e

cria uma autarquia que vai regulamentar a profissão. O que existe agora, até dentro de uma visão neoliberal, é a proposta de fazer retornar à corporação, como era no Império, esse direito de dizer quem vai ser formado, quem pode trabalhar e em cima de que bases isso vai se dar.

Por outro lado, tem-se um grupo de empresas que fundam uma parcela do mercado. Estão organizadas, têm reuniões todo o mês, determinam o que cada uma vai fazer, se a Amil tem avião, a Golden Cross não pode ter. Mas porque a Amil tem avião, a Golden monta CTI em casa e a Amil não monta. Se organizaram e querem determinar quem entra ou não no mercado. A Golden Cross comprou uma faculdade de Medicina em São Paulo, tentou comprar no Rio, está comprando hospital. Na época do Collor havia um projeto das empresas, em conjunto, assumirem os grandes hospitais do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro. O que aparece hoje é uma luta entre a corporação e os novos empregadores, para saber quem é que vai normatizar o mercado, de fato. Ainda existe a figura do Conselho, mas cada vez ele se desvia mais de sua função precípua — normatizar a conduta — e passa a ser também um aparelho para desenvolver essa luta num mercado hegemônico.

Com relação à questão levantada por Jacqueline creio que a conquista de espaços dentro do mercado, para a mulher, tem se intensificado da década de 60 para cá. Entretanto, a presença majoritária de mulheres, hoje, na faculdade, não muda nada porque, na verdade, as mulheres e os pobres ingressam com a mesma formação e a mesma visão de mercado da classe dominante. Como o Flávio falou: entra-se para a faculdade para se ter um consultório e ficar rico. Essa é a visão que permeia a maioria das pessoas que entra na faculdade. Se a visão de mercado é a mesma, a construção da identidade é a mesma. Isso é um demonstrativo de que o espaço está sendo desprivilegiado e está dando acesso a categorias que não tinham esse privilégio, por desinteresse de quem manda no espaço.

**RENATO** Apesar de as exigências de mercado terem destruído o modelo liberal de profissão, tanto o advogado quanto o médico não se aproximaram da população da qual são oriundos. Isso é importante.

**FLÁVIO** Só adendaria a esse comentário o seguinte: o fato de a massificação do ensino ter chegado às mulheres e a várias camadas mais pobres da população não significa que necessariamente se tenha alcançado a democratização do saber, levando ao fim dos privilégios profissionais. Na verdade, o que se verifica é a tentativa desses setores emergentes de constituírem mecanismos de monopolização, de valorização desse saber, o que se dá sempre por processos de monopolização e fechamento de áreas de mercado. Não há uma correspondência necessária entre a democratização do acesso ao saber e a democratização do acesso aos serviços públicos.

**PAULO GABRIEL** Nessa questão, acho importante lembrar o efeito da seleção. Todas essas pessoas, de classe pobre ou mulheres, os ditos excluídos, passaram por processos de seleção ao ingressar na faculdade. Essa seleção implica a adesão a certos valores. Aquelas pessoas estão lá dentro porque puderam incorporar para si os valores internos daquele grupo. Então, a questão da democratização do ensino, ou, como queira se chamar, a democratização da profissão, tem que passar primeiro por uma discussão dos critérios de definição da profissão. Ou seja, a seleção para se ingressar num determinado grupo profissional, um grupo social, não depende apenas do seu conhecimento em termos de conteúdo, mas também da forma como se relaciona com o conhecimento e a forma como se apresenta como detentor desse conhecimento. Então, há vários níveis de seleção que fazem com que o produto final seja o



mesmo. Alguns sociólogos apontam que justamente as pessoas das classes ou grupos menos favorecidos são as que, no final, se tornam as mais reacionárias, as que aderem mais visceralmente aos valores da instituição. Esse é um estudo feito na Igreja católica, que reserva para os postos de comando as pessoas de origem alta, e, para os postos de doutrina, as pessoas de origem humilde. Essas pessoas foram selecionadas no decorrer de sua trajetória e tendem a aderir aos valores dessa instituição de maneira muito mais arraigada do que as pessoas que não dependem da instituição para sua posição social. O mesmo acontece com a Medicina, ou com profissões mais corporativistas. Por isso a discussão do ensino é fundamental. O processo de homogeneização das categorias de percepção e de pensamento é fundamental nesse processo. Não há crítica: quem produz o conhecimento, quando tais pessoas estão tendo acesso às instâncias da produção do conhecimento?

**JACQUELINE** Pode-se ter uma crítica da formação médica, não necessariamente a partir da Escola Médica. No caso da mulher, por exemplo, no Brasil, o movimento feminista vem criticando aspectos da formação médica, especialmente aqueles ligados à questão do exercício do poder na prática médica e da ausência de uma perspectiva de gênero nesta formação. A crítica à medicina surge assim de um movimento político mais amplo pois, frequentemente, é difícil para as mulheres que estão dentro de uma instituição médica romperem com o pensamento hegemônico desta instituição, ao qual se adaptam até como mecanismo de sobrevivência e aceitação neste espaço.

**FLÁVIO** Eu só lembraria que do ponto de vista político, pragmático, os advogados são muito mais favorecidos para saírem desses impasses do que os médicos. A Ordem dos Advogados do Brasil

credencia para o efetivo exercício da profissão. Só pode ser advogado, exercer a profissão, quem passa pelo concurso da Ordem. Está havendo uma série de movimentos na área da Medicina visando criar um currículo único ou forçar os formandos a fazer uma série de exames comuns. Isso vai ser muito mais difícil. Quem pensa que a solução vai se dar pelo fechamento, pode imaginar que a solução para os advogados é mais fácil do que para os médicos. Quanto ao comentário de Paulo Gabriel, lembro que um estudo recém-publicado, sobre a formação dos bacharéis do século XIX afirma que o principal aprendizado era feito fora das salas de aula. Esses elementos da cultura, que conformam o advogado em função de suas relações de apadrinhamento, abrem as perspectivas de acesso aos postos políticos, e inclusive formam a sua psicologia no sentido de saber como tratar as questões abstratas do Direito concretamente naquela sociedade. É assim que se aprende, através do contato, do bate-papo.

**GERSON** Recentemente desenvolvi um trabalho de pesquisa sobre mulheres obstetras. É interessante que elas se comportem como os homens. Exatamente nesse processo de seleção, elas são mais “homens” do que os próprios homens no trato com as mulheres. A questão é estudar a cesariana. Porque no momento em que as mulheres assumissem o papel de obstetras, que ainda é uma área bastante lucrativa para os médicos homens, elas se comportariam de maneira diferente nessa relação com o corpo da mulher, a questão do prazer. Enfim, é um dos poucos ramos da Medicina que não trata só de doença mas de saúde, de vida.

Também na questão da mulher participando do aparelho médico brasileiro, eu faço trabalhos na área de qualidade, e o grupo que mais resiste ao trabalho de qualidade são as mulheres, nas unidades de saúde. Elas estão assumindo, praticamente, todos os pontos-chaves de poder na estrutura, na secretaria e nos hospitais e

são, exatamente, como na Igreja. Os “liberais” são pessoas da classe alta que realmente têm essa visão um pouco mais generosa do trabalho com as parturientes. E o grupo oriundo das camadas mais subalternas é o que mais resiste ao processo de democratização interna da instituição. Hoje, o setor público, da área de saúde, é um setor proletarizado e altamente autoritário. Dificílimo você promover qualquer mudança institucional onde as mulheres praticamente têm hegemonia do poder.

**PAULO GABRIEL** As discussões sobre a reforma do ensino batem numa tecla que, a meu ver, são, não diria equivocadas, mas insuficientes. Discute-se reforma de ensino em termos de conteúdo, não em termos de técnicas, de produção e transmissão do conhecimento. Não se discute na sala de aula a relação que se estabelece entre a pessoa e o seu conhecimento, que vai se refletir entre a pessoa e sua prática. Pensa-se que, transformando todas as faculdades de Medicina em faculdades de saúde pública, se resolve o problema do Brasil. Mesmo nos currículos que dão mais ênfase a questões sociais, mais ligadas aos debates democráticos, o resultado não difere do resto. Quando as pessoas dizem que não aprendem nada na sala de aula é isso que elas estão querendo dizer: estar na sala de aula não basta. Se você assistir todas as aulas, anotar tudo, tirar nota dez, você não vai se tornar nem médico nem advogado. Você vai ser médico e advogado se for ao Fórum, se trabalhar num escritório logo desde o início, se der plantão, ou seja, você tem outros processos de formação que completam e que fazem uma articulação com um ensino explicitamente percebido como tal, para a formação do profissional do futuro. Discute-se sempre o conteúdo e não a forma, o que eu acho que é um problema.

**DAVID ARCOVERDE** Tive acesso, há alguns dias, a uma pesquisa sobre estudantes de Medicina, formandos ou com pouco tempo de prática. Foi levantada uma lista de habilidades adquiridas, não apenas manuais, mas também de tecnologias de processo, exame clínico. A partir desta lista, os formandos apontavam onde é que tinham adquirido essas habilidades. A esmagadora maioria das respostas afirmava que as habilidades foram adquiridas no campo informal, no plantão etc. É óbvio. Esse tipo de discussão — não adianta transformar o conteúdo curricular, mas tem-se que trabalhar com a forma — é muito complicada. Por exemplo, quando eu trabalhava com movimento estudantil, tínhamos uma proposta de mudança de forma, de estrutura. Esse projeto foi exportado, discutido na Holanda, no Canadá. O Chile queria fazer uma experiência com esse modelo e, no Brasil, ninguém discute. Nem o movimento, porque não tem capacidade para absorver o que está por trás desse negócio. As pessoas preferem discutir superficialmente porque assim dominam aquelas categorias todas e conseguem fundamentar uma determinada fração de poder. Quando esse discurso passa a não ser mais do domínio de nenhum grupo e surge a necessidade de se aprofundar numa série de conceitos novos, as pessoas, então, abandonam a discussão. É o que está acontecendo hoje. Um movimento enorme, pioneiro na América Latina, é exemplo para todo mundo: a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino tem um trabalho muito bonito e interessante. Ela avalia quais são as escolas que funcionam, quais não funcionam, por que não funcionam, o que é que está errado.

**JACQUELINE** Acho que já o título *Medicina e Sociedade* é falacioso, porque cria uma falsa dicotomia supondo que estas duas instâncias poderiam estar separadas. Vou tentar justamente unir a Medicina à sociedade e conversar um pouco sobre essas questões que se colocam, na medida em que se começa a olhar a Medicina através de uma perspectiva de Ciências Sociais. Nesse sentido, gostaria de recorrer a Bordieu, sociólogo francês que utiliza a noção de *campo* para delimitar um espaço, uma esfera de competências que vai se produzindo através de disputas, tensões, alianças, na luta por uma certa hegemonia, num domínio do conhecimento. Então, a idéia de conhecimento está sempre atrelada a essa idéia de campo, que é uma idéia essencialmente política e dinâmica, e que vai indicar os processos através dos quais se organiza um determinado perfil de conhecimento em determinado momento. Gostaria de recorrer também a uma fala da Marilena Chauí, a nossa filósofa, quando diz que não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa em qualquer lugar, pois existe nessa afirmação a idéia da autoridade e da competência. Esses dois conceitos são bem definitórios da idéia de campo e nos permitem pensar a Medicina. O que é que se diz no campo da Medicina, como é que se diz, e quem diz?

Neste seminário, ouvimos falar muito da parcelização da identidade médica. Para uma pessoa que não é médica, entretanto, a Medicina se apresenta como uma corporação bastante homogênea. Depende do olhar. Como é que nós vemos essa parcelização da identidade? Isso é profundamente relativo. Talvez para uma

pessoa que esteja olhando de outra posição, e até comparando com outros saberes e poderes da nossa sociedade, a Medicina apresenta uma identidade coesa. Essa coesão, que nós percebemos de fora, deve-se a outras razões que não às especializações do conhecimento científico, pois a Medicina como um todo é um campo de poder e se coloca como tal na sociedade.

Para se pensar a Medicina a partir da perspectiva das Ciências Sociais, é preciso se centrar no conceito de saúde e não no conceito de doença. Sobre o conceito de saúde, a partir dos anos 80 sobretudo, temos assistido a uma transformação, no sentido de que esse conceito que se apoiava muito na visão hospitalar, intervencionista e medicalizante vem, pouco a pouco, se deslocando e se expandindo. Essa idéia de saúde como um bem-estar físico e mental, harmônico, e a idéia de equilíbrio vai estar relacionada, sobretudo, a uma série de variáveis que se situam fora do complexo médico-hospitalar e que ultrapassam de muito este modelo. Então, no momento em que o pensar sobre a saúde passa a incorporar uma série de elementos que transcendem essa perspectiva de intervenção médico-hospitalar, temos um campo aberto para repensar a saúde com uma perspectiva também política, e introduzir, como já disse, nesse campo, a idéia de direitos. Ora, direito está intrinsecamente atrelado a poder. Quando se fala em direito, nos remetemos à questão de poder. Quando pensamos, a partir dessa perspectiva, o binômio saúde e doença, queremos sugerir que o bem-estar do indivíduo reflete, de fato, laços estruturais do corpo com a sociedade. Quando digo que esse estado de bem-estar, de harmonia física e psíquica do indivíduo, reflete laços estruturais, não estou em nenhum momento negando a existência da doença ou das desordens físicas e psíquicas ou de desordens que não se inserem, necessariamente, nesses marcos. Creio ser importante ressaltar a existência desses laços, para não limitarmos as idéias de saúde e doença à linguagem médica, aos manuais classificatórios da Medicina, e a situá-las também no campo social, tornando esse

debate mais complexo e instigante. Tenho a impressão de que é um tipo de debate que falta na formação médica, nas faculdades de Medicina, e que poderia ser extremamente instigante, inclusive dentro de cada especialidade, apontando para caminhos específicos e diversos em cada área do conhecimento e da prática médica. E é neste sentido que a CEPIA estará realizando, com a Faculdade de Medicina da UFRJ, o curso *Medicina, Corpo e Cidadania*.

Então essa idéia de que saúde reflete a inserção social do indivíduo, bem como as características estruturais da sociedade, e que reflete também a percepção individual e coletiva de doença, é muito importante. Faz sentido relativizarmos a nossa capacidade de percepção e eu já relativizo a minha, como cientista social, que necessariamente tem uma capacidade de percepção sobre a Medicina bastante limitada. O que assusta um pouco, na Medicina, é esse discurso da verdade, que outras ciências, porque apoiadas menos em verdades naturais do que em processos dinâmicos de construção da dúvida, não adotam com tanta naturalidade.

Se nos voltarmos para uma relação estrutural entre corpo e sociedade, e tentarmos analisar as várias desigualdades refletidas no corpo, a relação da Medicina e do próprio indivíduo com o corpo tornar-se-á mais problemática. Isto porque temos corpos fabricados em sociedades desiguais e que trazem em si a marca da desigualdade, ou as várias marcas das desigualdades sociais: corpos homossexuais ou heterossexuais, corpos de negros ou brancos, corpos de diferentes etnias, corpos pobres ou ricos. Essas marcas da desigualdade no corpo e na forma como aquele corpo é apreendido, curado, tratado ou medicalizado, classificado ou não como corpo doente, têm a marca da contingência histórica.

A concepção dominante que tende a naturalizar essas diferenças, recorrendo a argumentos essencialistas, vem sendo questionada por diversos setores. Volto àquela questão que eu tinha levantado anteriormente. Não é porque a mulher é mulher que ela vai, dentro da faculdade de Medicina, desenvolver um discurso na

perspectiva do oprimido. Para que isto ocorra é preciso que existam certos movimentos sociais e políticos, fortes, denunciando como as desigualdades sociais imprimem as suas marcas na construção do pensamento científico. Torna-se interessante ver, por exemplo, qual a contribuição que o feminismo, como um movimento político já bastante maduro, tem trazido para a construção de uma nova perspectiva de saúde e direitos reprodutivos. Essa é uma preocupação fundamental da CEPIA, debater questões ligadas a saúde, gênero e sociedade.

Gênero é uma palavra que, ao ser apropriada pelo feminismo, ganhou um novo significado. Quando usamos essa palavra, não estamos nos referindo ao sexo biológico, mas à construção social da identidade masculina e feminina, que não necessariamente está calcada na Biologia. Pode tomar alguns elementos da Biologia, mas esta é sempre traduzida culturalmente. O conceito de gênero é um conceito sociológico e relacional. Só se pode falar de gênero ao falar de identidades masculinas e femininas.

Na construção da Medicina ocidental, como se sabe, houve uma luta muito grande entre a bruxa curandeira e o saber médico que se instituía na Europa nos séculos XV e XVI, como uma categoria profissional diretamente ligada ao poder do soberano. Durante séculos a mulher, a curandeira, tinha sido a principal encarregada da saúde e da cura do povo, intervindo em momentos cruciais como o nascimento e a morte. De fato, ela detinha considerável conhecimento experimental calcado no uso e manipulação de ervas e poções.

No momento em que o "médico do rei", como coloca Scazz, passa a monopolizar a cura, há todo um processo de deslegitimação do saber da curandeira, que enfrenta ainda a Igreja. Houve uma série de lutas tremendas que ficaram encobertas na historiografia oficial. As lutas por saberes e pela definição de poderes e campos de competência. De um lado, a definição da Igreja, hegemônica na relação com o sobrenatural. Do outro, a bruxa perseguida na medida em que ela teria poderes sobrenaturais. E a



Medicina e o médico, naquele momento, passam a afirmar em aliança com a Igreja, a hegemonia da cura.

Volto à questão da bruxa porque acho que nós temos arquétipos, temos uma história na construção de nosso pensamento, todos nós, e três séculos de construção de uma categoria feminina associada ao malévolo e ao desorganizador não nos deixa impunes. Essa idéia da inferioridade do feminino, que se constrói com maior ímpeto nestes três séculos, se manifesta em diversas instâncias da vida social e inclusive no olhar que a Medicina teve, durante muito tempo, com relação ao feminino e ao masculino, bipolarizando-os em termos de imperfeito *versus* perfeito.

Vocês que são médicos sabem que a ciência aristotélica, claramente bipolarizadora, vai ser retomada no século XVI pelas maiores sumidades médicas da época, como Ambroise Parré, que vai falar da incapacidade da natureza feminina de colocar para fora a sua genitália, vendo nisso uma inferioridade da natureza feminina. Essa bipolarização persiste até os séculos XVIII e XIX, quando ganha corpo a idéia de complementaridade entre os sexos, mas essa idéia da inferioridade do feminino deixa marcas. É interessante até se perguntar em que medida isso perpassa a própria construção da identidade feminina, essa idéia de uma inferioridade atrelada a um biológico que é não apenas diferente mas inferior ou pelo menos não-apropriado para ocupar certos espaços e tratar de certas questões. Essa herança de uma percepção do feminino como inferior, desordenado e maléfico, é recriada de formas diversas. A forma como essa percepção é recriada está ligada aos contextos sociais de classe, de raça, aos contextos políticos em que se insere e às relações de domínio prevalentes naquele contexto. De repente, me veio a questão da Bósnia, a idéia da limpeza étnica e o estupro como um meio de efetuar essa limpeza.

Voltando a questões mais próximas, faço uma pergunta. Por que é que nesse país uma mulher que foi estuprada e que tem uma gravidez resultante deste estupro até hoje não pode ser atendida

num hospital público, com dignidade, apesar de que desde 1940 o nosso código penal assegura que ela tem direito a tal? São perguntas que a gente se coloca: em que medida essa ausência de um compromisso, inclusive da própria classe médica com essa questão, não reflete uma percepção de um feminino como sendo de alguma forma maléfico, inferior, até mesmo culpado pelo próprio estupro. Percepção essa que interpenetra a prática médica e a prática legal? Acho que há perguntas aí que se colocam e já foram colocadas, como a questão da AIDS, abrindo novos campos e novas indagações. O pensar sobre a AIDS trouxe novos suportes para desvendar as relações de poder nesse campo realmente complexo das relações doença e saúde, normal e patológico, vida e morte, médico e paciente etc. Nosso objetivo fundamental ao abrir essa discussão é justamente suscitar dúvidas, porque a impressão que temos é que o conhecimento médico está tão bem fundamentado, tão encastelado, que é difícil começar a fazer certas perguntas. E de repente precisamos voltar aos arquétipos para entender certas práticas corriqueiras ou que não são nem percebidas e que estão aí hoje, afetando diretamente a homens e mulheres.

**LUCIANA** Gostaria de comentar um aspecto da discussão que a Jacqueline nos trouxe. Trata-se de algo que tem a ver com o processo de formação do médico e de sua identidade, e também da relação entre saber médico e movimento social. Infelizmente os médicos não são capazes — com o instrumental teórico oferecido durante a sua formação acadêmica — de ver em perspectiva crítica o seu conhecimento, seja do ponto de vista do próprio método científico e muito menos de sua configuração histórica, filosófica, política, social... O estudante de Medicina vive a ilusão de ter encontrado a *Verdadeira Natureza* em sua forma pura; ele não se dá conta do grau de construção implícito em seu conhecimento. Claro que ele já recebe da faculdade este conheci-

mento naturalizado: para os professores de Medicina em geral a *Razão* espelha a Natureza. No fundo, é como se nós médicos vivêssemos o mito especular a que se refere Rorty.

Por outro lado, essa identidade é problematizada pela ação dos movimentos sociais, tal como se expressa, por exemplo, na intenção do projeto de lei do Paulo Delgado, a que me referi anteriormente. Meu Deus do céu, alguém, que não é médico, vai poder dizer se acha *razoável* um ato médico. Este projeto de lei quebra a idéia de monopólio da corporação, e o mais complicado, questiona as bases do conhecimento propriamente dito para o sustento da intervenção. O conhecimento médico torna-se falível, relativo, determinado por elementos aparentemente externos à sua constituição tradicional. Este conhecimento, se passa a não ser inteiramente definido pelo médico diante deste fato social, vai transcender os limites estabelecidos antes e vamos ter que dar conta destas mudanças.

Concordo com o que a Jacqueline falou sobre a perspectiva dos movimentos sociais, que pensam a questão da saúde e estão interessados em qualidade de vida e possibilidade de escolhas: escolhas inclusive de diferentes estratégias de vida e de saúde, com diferentes implicações. A Jacqueline não teve tempo de comentar que existe uma discussão sobre terapia de reposição hormonal no climatério. Essa é uma discussão ampla, que passa inclusive por escolas de pensamento contrárias no interior da própria Ginecologia. Há aqueles que se vêem mais próximos da “natureza” e entendem que é melhor intervir o mínimo possível num processo dito natural e aqueles que acham que a intervenção é fundamental. Claro que, para além disso, há a questão da individualização dos casos em que seria necessária ou não a intervenção. Aqui, a atuação dos movimentos sociais acaba forçando a Medicina a abrir em público a sua fragmentação, é um pouco aquela história: “o rei está nu”. Jacqueline falou da fabricação dos corpos e da contribuição que o feminismo tem dado para a construção dessa idéia de saúde. Não só o feminismo, de certa maneira todos

os movimentos, como o movimento negro etc. Acho que estamos diante da tentativa de se viver de fato num pluralismo democrático, contrastando com o que foi institucionalizado numa tradição hierárquica e autoritária.

**GERSON** Gostaria de falar sobre o papel da mulher ou das mulheres bruxas. Ultimamente tenho pesquisado muito as bruxas. Elas tinham um outro lado que não era só um embate com a Medicina. Foram muito perseguidas na Idade Média. Mas as bruxas podiam falar com o diabo, tinham o controle. A Igreja podia conhecer o diabo mas ela não poderia falar com o diabo porque haveria uma imposição ética em falar com o diabo. A Igreja podia conhecer o diabo, o outro, e tentar tirar o diabo mas não poderia ser uma conhecedora profunda porque perderia a bondade, toda a idéia de que Deus é bom.

A mulher foi absolutamente precursora, tinha realmente esse conhecimento do mal, do satânico, do inconsciente. E essa cultura era do absoluto domínio da mulher, pela sua capacidade intuitiva conseguia falar com esse lado satânico, que só é legitimado por um homem, Freud, no início do século. Só quando um homem começa a apontar é que todo mundo reconhece esse lado satânico. E o interessante é que mesmo na história da psicanálise de hoje, a mulher tem grande dificuldade de aparecer. Melaine Klein aparece um pouco, Anna Freud também. Mas são os homens que assumem o discurso satânico. Então tem esse lado da Medicina que é interessante, quer dizer, as mulheres durante muitos séculos tiveram a hegemonia desse conhecimento, e o perderam nesse embate no panteão de Freud, dando esse privilégio aos homens. Mas as mulheres durante quase dez séculos tiveram esse poder fantástico.

**JACQUELINE** Achei superinteressante sua colocação. Fico feliz por você se interessar por esse tema, porque não são muitas pessoas

que se interessam pelas bruxas, elas são cada vez mais esquecidas. Eu só queria acrescentar um elemento. A bruxa não só falava mas copulava com o demônio. Temos as descrições *in extensum* das fórmulas de cópula da bruxa com o demônio. Elas tinham uma relação muito íntima com o sobrenatural, não necessariamente prazerosa, nunca se descobriu se elas tinha prazer ou não. Mas de qualquer forma a construção da figura dessa mulher poderosa e malévola ao ponto de poder copular com o demônio é uma construção feita pelo homem. É o homem que imputa à mulher essa relação com o malévolo. E essa relação passa a existir de fato, no momento em que, através da tortura, a mulher confessa. Então, o que há aí é uma relação de poder muito grande que o homem exerce ao instituir na mulher essa relação com o malévolo.

Não podemos esquecer o elemento de poder. Era realmente um poder que ela exercia, quer dizer, o genocídio contra a mulher que se perpetua nesses três séculos de fogueira é extraordinário, inclusive do ponto de vista demográfico, considerando a população da Europa de então. Não estou falando da Península Ibérica porque lá a perseguição era basicamente ao judeu, mas estou me referindo aos Pirineus, a França, Itália, Alemanha, Suíça, aquela região onde, naqueles séculos, por ser mulher você já é suspeita.

A cosmologia vigente não negava a existência da bruxaria. Todos acreditavam na realidade da bruxaria, a Igreja decretou como herético não acreditar, com isso a Igreja dá uma guinada. Até determinado momento, quem acreditasse em certos fenômenos como o vôo, quer dizer, a transposição do corpo pelo ar, era herético. A partir de um determinado momento é herege quem não acredita, posto que isso faz parte desse arsenal de poderes da bruxa. E nas confissões das mulheres acusadas de bruxaria há descrições detalhadas de como é que elas saíram de tal lugar, chegaram a tal bosque, como é que elas se deslocaram, o tempo de deslocamento, a forma, voando. Foucault apontou muito bem o fato de que é na

construção dessa verdade do poder da bruxa através da Inquisição que se construiu o inquérito como instrumento de poder.

**PAULO GABRIEL** Nós temos estereótipos sobre essas questões que herdamos da historiografia do século XIX, historiografia romântica. O que os estudos históricos apontam sobre essa questão hoje em dia? Por exemplo, a idéia da bruxa parece ter sido uma invenção da Igreja. A bruxa como um ser ligado ao mal que praticava atos demoníacos é uma invenção da Igreja porque o demônio não era uma crença popular. O demônio é uma invenção da Igreja católica, depois os protestantes também vão imputar essa mesma história. O que esses estudos mostram é que nos países que tiveram tortura, havia a presença de três elementos: um sistema jurídico que previsse a tortura como obtenção da verdade; a presença de manuais religiosos em circulação entre os padres da região; e a possibilidade de denúncia anônima.

Constatou-se que a perseguição das bruxas ocorreu na Renascença e não na Idade Média. A perseguição começa no século XVI, sobe numa curva monstruosa até o final daquele século, atravessa o século XVII para cair brutalmente no final do século XVII.

Verifica-se que nas Ilhas Britânicas, na Escócia, a tortura existia, temos uma terrível perseguição de bruxas no século XVII. Na Inglaterra nunca houve tortura como forma de obtenção legítima da verdade, nunca houve uma perseguição maciça de bruxas. Já no outro extremo da Europa, na Finlândia, você tem a ação de missionários suecos, que levam manuais e fazem uma forte pregação nas ruas.

Na Finlândia temos uma das perseguições mais brutais que aconteceu no século XVII e envolveu crianças. Foram oitocentas crianças executadas como bruxas por causa de uma denúncia... Outra coisa fundamental, dentro da bruxaria, era aceitar a denúncia de qualquer pessoa. No caso, uma criança denunciou os seus amigos, que sob tortura denunciaram outras crianças e assim por

diante até que acabaram com as crianças. Na Rússia não houve circulação de pregadores ambulantes nem de obras religiosas porque é uma outra forma de cristandade, cristandade ortodoxa, mas tinham a tortura como instrumento legal. Não se conseguiu formar uma identidade social da mulher associada à idéia de bruxa.

As pesquisas históricas mostram, analisando as torturas e a evolução das confissões, que coisas como a figura do diabo, a sexualidade desenfreada e o infanticídio, ritual para produção de feitiço eram coisas imputadas pela Igreja na boca das mulheres. Mas outras coisas, como o vôo noturno, a transformação em animais e o combate entre forças do bem e do mal eram elementos que não são explicados pela doutrina cristã, e que provavelmente são elementos do que nós chamamos de folclore, ou seja, crenças que existiam nas comunidades camponesas, cultos agrários, vestígios de crenças pagãs etc; que a Igreja costurou e disse que eram coisas do diabo.

A construção do feminino e a construção do mal caminham paralelas. É muito perigoso também associar justamente um poder maléfico ao feminino, uma vez que isso também é assumir um discurso histórico construído nessa direção. Teria outras coisas pra falar, como por exemplo as bases populares da perseguição. Nas aldeias protestantes, principalmente na Suíça, a violência contra as bruxas era brutal. É interessante porque elas descrevem estatisticamente uma curva, começa e atinge um máximo, e esse máximo acontece quando a coisa foge do controle, ou seja, quando se ameaça matar todas as mulheres da aldeia ou quando pessoas de nível superior começam a ser acusadas de bruxaria.

Um caso típico aconteceu nos Estados Unidos, a perseguição começou a declinar quando a esposa do pastor foi acusada de ser bruxa e a esposa do governador também. Então, você tem um refreamento da sociedade em direção a essa perseguição. O que mostra também a força desse estereótipo feminino como algo con-

denável, perigoso, ou seja, uma coisa que está difusa na construção ocidental da identidade feminina.

**DAVID ARCOVERDE** O que eu acho importante pontuar é que isso não vem desligado de uma série de interesses. A criação da bruxa, lá pelos séculos XIV e XV, vem na esteira de uma discussão que existia dentro da Igreja e que era muito séria, sobre a existência ou não do diabo. Em determinados grupos isso se manifestava politicamente, como na disputa de Roma, pela presença do Papa, e em disputas territorialistas.

**RENATO** Bom, vou tentar mudar de temática, lembrando que essa situação que vocês levantaram a respeito das mudanças que a AIDS trouxe para a prática médica tem uma relevância também social. Afinal de contas, como médicos, temos contato diário com pessoas que morrem e com pessoas que morrem sem que a Medicina consiga lhes dar o devido respeito ou devido amparo ou até mesmo sem realizar a sua função científica. O que acontece com a AIDS é o mesmo que aconteceu no final do século passado, quando os escravos negros que se alistaram na guerra do Paraguai voltaram e passaram a reivindicar os seus direitos. Temos pessoas morrendo de câncer em todos os lugares e que são uma parcela da população calada na defesa de seus direitos, basicamente pelas más condições em que elas morrem ou que elas passam a ter.

Tanto a sociedade quanto os médicos se tornam um pouco cegos quanto à incapacidade da Medicina de resolver muitos problemas. Não é só com a AIDS que a Medicina se mostra insuficiente, mas também com muitas outras doenças, e a sociedade, porém, se cala para essa multidão que morre sem amparo. A AIDS, no entanto, mudou a qualidade da discussão sobre a saúde pública e o pa-



drão de assistência médica, por ser uma doença que afetou jovens com representatividade junto à sociedade.

**LEILA** Gostaria de retomar um aspecto do que a Jacqueline falou sobre o feminismo e a relação Medicina e sociedade, quando se referiu sobre a participação, a presença das mulheres nas faculdades de Medicina. Parece que, tal como no caso anteriormente discutido sobre as faculdades de Direito, o aumento do ingresso dos grupos excluídos não vai alterar substantivamente a visão dominante. Como é que o conhecimento tem sido construído? Qual é o discurso competente na construção do conhecimento científico? E, mais especificamente, do conhecimento médico? E é aí que surge, basicamente da década de 60 para cá e mais especificamente nessa última década, essa necessidade de uma revisão radical das ciências, uma espécie de corte epistemológico introduzido a partir deste olhar de gênero. Olhar de quem esteve excluído da construção desse conhecimento, mas de quem foi objeto desses saberes. Acho que a questão da AIDS também introduz isso, ao forçar a Medicina a tratar de uma sexualidade “não-normal”, recolocando para a Medicina, enfim para outras ciências, a necessidade de repensar o seu etnocentrismo, os preconceitos.

Nessa relação Medicina/Sociedade, pelo menos do ponto de vista das mulheres, se coloca, realmente, a necessidade de se pensar com esse olhar crítico, quer dizer, não mais tomar as mulheres como as históricas, descritas pela Psiquiatria ou pela Psicanálise do século XIX, mas as mulheres como uma categoria social, um ator político e não um paciente.

A relação médico/paciente ou advogado/cliente é definida por parâmetros de poder, entre o que sabe e o que não sabe, é mediada por um linguajar extremamente hermético que faz com que o outro saiba menos ainda porque não é possuidor do conhecimento para decifrar aquele código. Muitas vezes nessa dinâmica o paciente

sai de um consultório, de um hospital, sabendo menos de si e tendo menos poder sobre seu corpo, mais despossuído ainda em relação ao seu corpo. Acho que essa discussão das bruxas não surge à toa, ela nos mobiliza, talvez porque recoloca essa necessidade de olhar a partir do olhar delas, e não a partir da perspectiva da exclusão desse conhecimento que foi desqualificado e foi satanizado.

**JACQUELINE** Só para pontuar um pouco na linha da Leila a questão da AIDS, acho que não é só porque atinge indivíduos mais jovens ou numa idade mais produtiva, acho que é porque é uma doença que traz, que exemplifica e sinaliza, a questão do proibido e do malévolo. Pelo menos, como ela se instaura inicialmente. Os chamados grupos de risco são considerados malditos. E no momento que esse grupos de risco, que são os homossexuais masculinos, os usuários, homens e mulheres, de drogas intravenosas, estou excluindo dessa lista os que contraem a AIDS por transfusão sanguínea, esses dois grupos de risco trazem de imediato a idéia de transgressão. E essa é uma idéia que vai perpassar a relação médico/paciente e, inclusive, a pesquisa médica.

Por que uma das principais bandeiras que os grupos homossexuais americanos vão levantar, com relação à AIDS, são as verbas para pesquisa? Porque há inicialmente toda uma resistência de realmente se deter sobre uma doença que atinge aqueles grupos “malditos”. Nós estamos trabalhando muito na CEPIA, agora, com a questão da AIDS e da mulher. Estamos muito preocupados em recuperar os estragos que essa percepção da AIDS como confinada a esses grupos de risco trouxe com relação à saúde da mulher, porque à exceção da usuária de drogas intravenosas, a mulher heterossexual jamais se viu em perigo de contaminação. E hoje nós já sabemos que a proporção é de três homens pra uma mulher, no Brasil.

A mulher ainda tem uma imensa dificuldade em se reconhecer como parte – não se pode mais falar em grupo de risco – dessa população que está sendo afetada pela AIDS. E por quê? Acho que é justamente a consequência dessa fabricação de uma categoria de maldição associada a AIDS durante dez anos. Então, acho que a AIDS traz para o debate público, de uma maneira absolutamente inovadora, a questão de ordem e desordem, regra e transgressão no campo de sexualidade e do poder. Por isso ela funciona quase de uma maneira paradigmática para indicar novos caminhos nessa relação cura/doença, médico/paciente, pesquisa médica, investimento em remédios etc.

**LUCIANA** Gostaria de comentar a fala da Leila nesta discussão sobre construção do conhecimento. Ultimamente tenho tentado me interar sobre uma escola de pensamento em evidência em vários círculos acadêmicos, a escola neopragmática. Esta escola denuncia a ingenuidade de que somos vítimas ao enxergarmos o conhecimento científico como uma reprodução fiel e neutra da natureza. Ela supõe que existam *imagens* nas bases de cada suposição filosófica e dos pressupostos através dos quais vão se construir e comprometer as nossas epistemologias e os nossos saberes. É interessante notar que esta escola é forte nos Estados Unidos, acredito que seja pela história de luta social neste país. O que os neopragmáticos trazem à tona é a introdução de valores éticos e democráticos na própria construção do saber. Não haveria mais como reconhecer um discurso de verdade com V maiúsculo, então deveríamos ter claro para nós que construção é esta que queremos fazer. Acredito que o movimento social incorpore um pouco este discurso neopragmático, mesmo sem bases acadêmicas. Talvez o Gerson quisesse dizer alguma coisa sobre isso.

**DAVID SOMBERG** Não sou neopragmático, mas minha escola ainda dá conta de muita coisa. Em cima do que a Leila colocou sobre questão da dominação do corpo e do processo de vida da pessoa, acho que quando você é médico, você tem não só o direito, mas a função de determinar o que é que o cara pode fazer ou não com o corpo dele. Quer dizer, eu vou te abrir, vou arrancar um pedaço de você, porque isso vai ser bom pra você, e você cala a boca, deita aí porque eu é que detenho o conhecimento.

Para entender esse processo não tem como não se levar em consideração que o conhecimento oficial e que a construção desse conhecimento como geradores de espaços de poder, na verdade, não estão colocados apenas como criador de um determinado espaço onde um médico exerce poder sobre o resto da sociedade. Eles são a superestrutura do poder, de uma determinada forma de dominação que é colocada para nós. O conhecimento como um todo, e aí suas divisões, os seus componentes estão fazendo parte de uma superestrutura de poder que é a que nós conhecemos. Estávamos conversando ali no café com o Renato, falando a história de um médico do século XIX, paranaense. Ele estava me dizendo que aquele foi suspenso por uma semana da Faculdade de Medicina, porque era abolicionista e defendia que a Medicina tinha que ser voltada também para classes subalternas. Ora, por que o médico iria tratar de escravo no Brasil imperial, escravagista? Para que que a Medicina cuidaria de pessoas que não são as pessoas? Obviamente esse é o caso da classe subalterna, por isso que ela é subalterna, porque não gera demanda nenhuma. Ora, o escravo não era nem gente, não tinha classe operária no país para forçar nada. O escravo morreu, você vai lá e compra outro, pega outro. E aí aparece a filantropia. Na medida em que a mão-de-obra vai encarecendo, o mercado escravagista vai se rarefazendo, vai sendo mais difícil comprar escravo, existe uma imposição para abolição, e com ela você tem que comprar mão-de-obra a um preço muito mais caro, você tem pagar salário, a mão-de-obra passa a ser mais

valorizada também. Então, é claro que não estou com esse discurso negando a existência de conflitos que vão levar a determinadas melhorias ou a ampliação do acesso à saúde, ou ao médico, o que não necessariamente significa saúde, mas ao aparelho que oficialmente é o delegador de saúde da população.

Existe uma contrapartida que é o conflito, uma luta natural na sociedade que vai levar a esse negócio. Agora, para que serve a Medicina na mão de determinadas pessoas? É para repor um produto que é muito caro na sociedade, a mão de obra. Você gasta um pouquinho de dinheiro, paga o cara, constrói o aparelho todo, mas economiza porque reintroduz esse cara no processo produtivo muito mais rápido. Então, para entender, inclusive, a democratização do processo, não só de acesso mas de aquisição e mudança na forma de adquirir conhecimento, alteração formal ou estrutural, tem que se entender primeiro que isso não está dissociado de uma estrutura de poder, como conhecimento nenhum está.

**JUAN** Estamos tentando falar, em cima de várias coisas, sobre como o poder está articulado. Foi falado também sobre a diferença da visão que o médico tem da Medicina e da visão da Medicina do leigo, como mais ou menos dissociadas uma da outra.

Enfim, de repente alguma coisa me choca e faço referência ao trabalho do Paulo Gabriel pelo seguinte: ele fez um estudo sobre a formação do estudante de Medicina, demonstrando como ele vai aprendendo a ocupar um certo espaço que lhe é previamente imputado, sem criar nenhum tipo de visão crítica sobre aquilo. O médico não tem visão crítica sobre seu conhecimento muito menos sobre sua função social, ele vai adotando uma certa postura. Faça uma pergunta para Paulo: saúde como tema é uma coisa atual? Isso sempre foi assim, ou é uma coisa típica do século XX? Você fala tanto sobre saúde e isso está tão em voga, por quê? Estamos falando disso, todo o mundo fala o tempo todo. Isso aqui é articu-

lação de quê? Isso é reflexo do quê? É uma coisa que é tão falada, parece servir a vários interesses, reflexos de várias coisas e acho que responder ou tentar responder talvez jogue luz em cima de muitos aspectos. Acho que a coisa nem sempre foi assim e de repente a gente se vê jogado no meio, tentando identificar um fator, um outro processo e, quando se vê já estamos dentro dele porque falamos de saúde. O que estaria por trás disso?

**PAULO GABRIEL** Essa pergunta é extremamente difícil e extremamente pertinente. Vou tentar discorrer um pouco sobre o assunto mas não tenho certeza se vou conseguir responder o que você perguntou.

Eu gostaria de ver a saúde como uma arena, um espaço construído para um debate atual. No momento estamos tendo uma disputa das várias definições do que seria saúde. Saúde para o médico seria a “não-doença”. Aí você tem a crítica social (ou sociológica ou marxista) desse conceito, dizendo que saúde é viver bem, é o bem-estar.

São as suas condições sociais de reprodução em um determinado nível. Você ter direito à sua vida em determinado patamar de existência. A discussão da saúde, pelo menos segundo vários trabalhos, inclusive o de Foucault, é um tema da sociedade ocidental desde o século XVIII, ou seja, a morte e a doença deixam de ser vistas como parte da vida e a vida passa a ser reificada como algo “perfeito”. Ou seja, o objetivo final de toda existência seria uma vida livre de sofrimento, dor, doença e morte. Trata-se de uma ideologia.

Em outros aspectos estamos querendo dar outro molde a essa ideologia. Ou seja, você cria uma ideologia em que a existência tem um determinado fim, uma determinada forma desejável, e você procura lutar contra os elementos que poderiam impedir que essa forma se realize, você tem que impedir que esse processo seja interrompido ou desvirtuado. Então, cria-se a Medicina pública, a

saúde pública, procura-se identificar nas populações um duplo movimento: um movimento disciplinador, em que você procura disciplinar a população para melhor examiná-la, melhor perscrutá-la e identificar quais elementos de alteração que poderiam atrapalhar essa sua visão da saúde. Já no século XVIII, a Medicina forma uma idéia de saúde como oposição à doença, vida como oposição à morte. E você tem um domínio dessa idéia medicalizada da saúde.

No século XX, e muito por conta disso que o Flávio falou, estamos batendo na tecla, já há algum tempo, da perda do prestígio da Medicina em termos sociais, quer dizer, perda das condições de reprodução da Medicina como ela vinha se dando até então, ela também perde o monopólio sobre o discurso sobre essa questão da saúde. Você sempre tem, internamente na Medicina, uma discussão profunda sobre o que era isso, tem médicos de esquerda já nos anos 1930 e 40, que procuravam encarar a saúde como um processo. Mas temos agora um bombardeio da sociedade para dentro do campo médico. Essa arena que eu acho que é a saúde, um espaço, já que ela pode ser definida de muitas maneiras, milhares de formas. Essa arena se amplia, entram novos lutadores e são lutadores que não estão ligados à corporação médica. Temos aqui, por exemplo, sociólogos, historiadores, médicos, entidades de representação médica, como a AMERERJ, tentando criar um espaço de discussão, tentando criar alianças, ou seja, nós não estamos fugindo da ideologia da saúde. Para nós saúde ainda é uma coisa atingível, desejável e que existe, ou seja, a saúde é a vocação da vida. Se lembrarmos do livro *O Normal e o Patológico* do Canguilhem, ele fala que a vida tem um destino, ou seja, a vida tem uma força interna e isso seja talvez a maior construção ideológica dessa questão. A vida tem em si um sentido, e esse sentido é o bem-estar, é a saúde, é a “não-dor”, a “não-doença”, a “não-morte”.

Essa digressão eu faço, tentando dar conta da questão que você coloca. Eu acho que a gente, sem sombra de dúvida, está inserido

nesse campo, que é um campo de poder, estamos disputando esse poder, estamos com interesses aqui... É muito fácil você acusar o interesse do outro e esquecer os seus. Nós temos interesses, nós temos projetos, e todo projeto implica num interesse, seja lá qual for. Temos interesse que a sociedade seja de uma determinada forma, que ela se reproduza de uma determinada forma e aí cada um acha que o seu projeto é o melhor, é o mais justo, ligado à realidade concreta. Mas isso é uma questão de disputa. Quanto aos neopragmáticos, eu também não sou neopragmático, pelo contrário, não gosto deles... mas acho que essa contribuição é importante, ou seja, não podemos perder de vista que nós também temos as nossas ideologias, nós estamos lutando para que as nossas ideologias substituam as que aí existem.

**LUCIANA** Pegando isso que você falou, poderíamos introduzir, por exemplo, quando você falou da saúde, a discussão sobre a “vocação para a vida” na Medicina. Por isso é que é tão difícil discutir o tema do aborto: que tipo de vida, qual é a vida que está em questão e que estamos qualificando realmente como importante? Em suma: o que é que a gente está no fundo privilegiando? Qual é o discurso que dá conta da nossa abordagem? Acho que a discussão sobre o atendimento ao abortamento legal evidencia bem este ponto que a gente vai ter que desenvolver junto aos colegas.

**RENATO** Eu ia só comentar uma coisa, de novo a respeito da AIDS, e de novo a respeito de câncer, com relação àquilo que a Jacqueline falou. O que achava muito mais importante do que a faixa etária, a discussão que a AIDS suscitava com relação a sexualidade. Eu discordo um pouco, acho que essa discussão é suscitada pelo tipo de pessoas que formaram as populações iniciais de risco da doença. Eu fico mais a favor dos argumentos do Da-



vid. A sociedade fechou os olhos para a alta mortalidade do câncer no século XX, muito mais porque atingia parcelas não-produtivas da população. A AIDS suscita discussão, porque ela está atingindo uma parcela extremamente produtiva da população e isso é contra os interesses governamentais, interesses do poder.

**JACQUELINE** Acho que os argumentos podem se complementar. Sim, a AIDS atinge uma parcela produtiva e tornou-se importante socialmente por isso. E por outro lado, há a questão da sexualidade também. Eu não vejo como excludentes.

**GERSON** Gostaria de complementar o que Paulo falou. Não sei se posso aceitar essa visão de que a Medicina está decadente. Se você pensar no país hegemônico, os Estados Unidos, nunca se gastou tanto em Medicina. Nunca uma sociedade organizada gastou tanto em doença como a sociedade americana. Hoje 12% do produto nacional bruto americano vincula-se ao sistema de saúde.

Mesmo assim há uma tentativa maciça de se medicalizar a questão da morte. A morte é uma impossibilidade conceitual, lógica, para a Medicina. A Medicina é sempre impotente diante da morte. Ultimamente tenho trabalhado muito no CTI do Hospital Pedro Ernesto. Realmente é inacreditável. É uma visão fantasmagórica a maneira como as pessoas lidam com as pessoas que estão à morte. Acho que temos que pensar nisso. Porque a gente está lidando muito com essa desorganização num país periférico que é o Brasil, onde as pessoas não têm valor nenhum, o indivíduo não tem valor, num capitalismo selvagem e brutal. Perdemos um pouco a nossa crítica quando esquecemos em que país nós estamos. Estamos num país realmente do “quinto mundo”. Apesar de termos um sociólogo lá em cima, é do “quinto mundo”...

Agora, queria também dizer para Luciana que essa visão romântica de que todos os estudantes de Medicina devem pensar o seu *faber*, o ponto de vista conceitual, quer dizer, transformar todos os médicos em socráticos, é uma utopia absolutamente inútil. Tem que haver o baixo clero e o alto clero. Se nós médicos tivéssemos só o alto clero, nos não teríamos os operativos, quer dizer, o alto clero por definição é um parasita, é uma pessoa que tem que se distanciar da realidade, do *faber*, para pensar a própria prática, tem que ser socrático, tem que ter esse cinismo socrático fundamental para fazer a autocrítica da sua prática. Se você quiser transformar todos os colegas de Medicina em socráticos, você fecha os hospitais porque na verdade é o baixo clero que realmente os mantém.

**LUCIANA** Estava lendo num livro o seguinte: Lacan dizia que Freud era anti-humanista, exatamente porque ele não era romântico. De minha parte, acho importante uma dose de romantismo, sinceramente, prefiro viver assim.

**DAVID SOMBERG** Agora, porque isso? O que é que o clínico faz? Ele exercita o tempo todo a tecnologia de processo, no exame clínico, na semiologia... O anestesista só existe porque existe indústria farmacêutica e tecnologia de produto. Porque se não tivesse indústria farmacêutica você não ia ter remédio pra anestésiar ninguém. E o que move essa remuneração é o interesse mercadológico que há por trás disso, o complexo médico-industrial, a indústria farmacêutica. O ensino médico americano e o nosso aqui, um modelo que é seguido na grande maioria das escolas do mundo, é um modelo consumidor de tecnologia. Por quê?

Temos, como a Luciana estava falando, a questão do método científico. Não existe em nenhum momento do currículo uma crítica

à aquisição do conhecimento. O conhecimento é dado porque ele é natural, porque cientificamente se descobriu que aquilo é a verdade, portanto, você não pode questionar, não discutindo assim o processo de aquisição daquele conhecimento. Não é só o conhecimento gerado que você não critica, é, também, a própria forma como ele é passado.

**RENATO** A coisa é tão brutal que eu já me vi tentando convencer um paciente a aceitar o tratamento que me foi passado como o único que existia, o único possível, o único plausível, o único ético. Já me vi argumentando que eu não estava inventando nada, que aquele procedimento terapêutico não era fruto de uma opinião minha particular. Acho que somos tão excluídos desse processo de formação, que nós, médicos, acabamos de alguma forma por vender para o leigo essa imagem de que somos donos da verdade. Mas somos donos de uma verdade que não é nossa, que nos é imposta de alguma forma. E não nos é dado, como a Luciana falou, combater, questionar, ou tentar um *insight* pra conseguir entender.

**DAVID ARCOVERDE** No caso dos Estados Unidos você vai comprando tecnologia, e no primeiro mundo esse negócio é brutal. Você troca de aparelho de ressonância magnética todo ano, porque surge um novo, mas você não sabe muito bem se aquilo vai ter algum impacto epidemiológico que justifique o investimento. É simplesmente porque o novo é melhor. E ponto final. Só que isso está criando uma crise nos Estados Unidos exatamente por causa desse investimento maciço em indústria de tecnologia, em indústria de ponta e indústria de medicamento, construção de parques inteiros para gerar novos implementos que possam ser consumidos. Eles estão à beira da falência com esse negócio. Então, os

americanos, no início da década de 90, passaram a rediscutir o ensino médico dentro dos Estados Unidos. Os americanos estão sentados lá, direitinho, discutindo como é que eles vão reformular os currículos deles de modo que um médico formado tenha um mínimo de crítica na hora de consumir a tecnologia. Porque só consumir está gerando um colapso na economia americana.

**MIRANDA** Estava pensando o tema Medicina e sociedade. Aí veio na minha cabeça uma coisa que eu venho pensando há bastante tempo. Encarar não só a Medicina, mas a saúde, como uma das vias de transformação social. E até foi colocado no início Medicina e sociedade como termos indissociáveis, acho que isso é realmente bastante pertinente. Uma coisa está entrelaçada a outra. E aí foi falado, o David chegou a colocar num momento, do poder que se tem: eu sou médico, vou abrir a sua barriga, fica quieto aí e cala a boca. Quer dizer, realmente a gente detém um dos tipos de poder que é o poder do conhecimento, o conhecimento técnico comprovado cientificamente, que você não tem muito como contestar. Agora, ao mesmo tempo, tem um outro tipo de poder que é o paciente virar para você e dizer: “Tudo bem, você é doutor, você é médico mas eu não estou a fim de aceitar isso aí que você está falando.” “Ah, mas você vai morrer.” “Tudo bem, mas eu não quero aceitar.”

Esse é também um poder que ele tem de decisão. O médico terá então que convencer o paciente. Então, isso passa pela questão da construção social, da transformação social, da questão da saúde. Não simplesmente da Medicina, mas da saúde. De repente se o médico, tendo uma boa relação com o paciente, mesmo ele chegando, já te olhando meio de lado, achando que você é o doutor, todo de branquinho... e no meio de uma consulta você começa a bater um papo com ele, mostra que o ponto de vista que ele tem sobre a doença é de fundamental importância para o seu diag-

nóstico, mostra, inclusive, que aquela relação de vocês durante alguns minutos talvez até defina o tipo de terapêutica que você vai utilizar. Isso realmente deve ser pensado no processo todo: a questão do poder que, no caso aqui, têm, não só os médicos, mas o profissional de saúde como um todo. Assim como nós temos o poder técnico do conhecimento, que é comprovado cientificamente, existem vários tipos de poder que estão o tempo todo numa correlação de forças dentro desse processo.

**JACQUELINE** Gostaria de retomar a questão dos anestesistas. Tivemos uma reunião no Hospital Fernando Magalhães há um mês e uma das falas que mais me emocionou foi a do anestesista. Estávamos discutindo a questão do aborto e ele contou sua experiência com uma menina de 12, 13 anos que tinha sido estuprada e estava em estado de choque. Pensou qual seria a técnica de anestesia que iria utilizar que tivesse um fator de amnésia, para que ela não se lembrasse. Para que o trauma dessa intervenção não se somasse ao outro. E ao atender uma mulher adulta que tinha conscientemente procurado fazer um aborto após um estupro, o mesmo anestesista disse: “Bom, nesse caso, essa mulher quer se lembrar, não quer ter dúvida nenhuma de que, efetivamente, o fruto desse estupro não está mais com ela, então, vou usar outro tipo de anestesia.” Acho que há um campo muito grande na anestesia para introduzir essa questão.

## ÉTICA MÉDICA: UMA ATUALIZAÇÃO DA DISCUSSÃO

**FLÁVIO** Apenas para introduzir a discussão complexa sobre ética médica, vou reportar-me ao fato de que eu trabalhei na minha dissertação de mestrado com alguns discursos que eram proferidos ao longo do século XIX, pelo diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sempre no início do ano letivo. Esses discursos foram bastante interessantes na medida em que expunham sempre, como tema principal, os dilemas e dificuldades do ensino e se tentava definir, desenhar, o que seria a imagem do médico ideal, qual o perfil de médico que se esperava que fosse produzido... como resultado daquela educação médica.

Também tive acesso a uma outra fonte interessante para se pensar a questão da ética médica, são as crônicas feitas pelos médicos nos jornais. Nelas fazia-se sempre uma caricatura do médico e se questionava o cotidiano da clínica ou as situações que a Medicina enfrentava no período. Ao se ridicularizar, caricaturar o comportamento desviante, o comportamento que eles definiam como não-profissional, aí você tem certamente uma receita de qual deve ser o perfil e o papel do médico.

O Conselheiro Jobim, um dos diretores da Faculdade, define, no início dos anos de 1850 um perfil do profissional de Medicina que é muito próximo daquele que a sociologia chama de profissão de *status*. Quais seriam, então, os atributos básicos de um estudante de Medicina, de um médico. Para ele era importante aprender latim, saber falar e escrever bem, se relacionar com os membros da elite. Era fundamental saber ter um comportamento com a sua

clientela, marcado por características de elite. Outra coisa muito característica do período: ontem eu afirmava que o panorama da clínica médica era muito confuso devido àquela lacuna entre a crença de que já existiriam bases científicas consensuais sobre o fundamento do saber médico e ao mesmo tempo, se começa a ver que a terapêutica era muito falha. E isso se expressava, do ponto de vista da ética médica, na afirmação de que era fundamental que os médicos tivessem um comportamento solidário. Os médicos não deveriam desprestigiar seus pares. Eram muito comuns relatos em crônicas médicas que chamavam a atenção para uma prática vulgarizada, na qual alguns médicos, ao visitar pacientes, descredenciavam o colega com a intenção de “roubar” sua clientela. Na minha dissertação, fiz uma compilação de várias estratégias que os médicos utilizavam para deslocar o colega concorrente. Desde apenas sinais dissimulados de reprovação contra o emprego de certo medicamento, até a postura de manter-se em silêncio quando o cliente reclamava sobre o tratamento prescrito por outro.

Na década de 1860 começam a ser construídas no Rio de Janeiro as primerias Casas de Saúde. Era uma grande novidade que estabelecia um padrão um pouco diferente na relação médico/paciente. Não era mais o médico que ia à casa do paciente. O paciente é que ia ao consultório. Existia esse espaço novo destinado, inclusive, para que pessoas de outras províncias pudessem vir e permanecer alguns dias hospedadas. Nesse momento, há nitidamente um aumento da concorrência entre os médicos e uma incipiente hierarquização dos serviços. Havia, do ponto de vista da clientela — que era a elite do Império — um número muito grande de médicos. Com isso as estratégias de conquista de novos clientes e o esgarçamento entre os médicos era muito grande. Era comum aparecerem nas crônicas médicas do período um ataque muito grande a esse tipo de comportamento.

Uma outra característica da constituição de uma ética profissional é a preocupação com a definição do charlatanismo. Não sei

se ainda hoje há um peso muito grande na discussão sobre charlatanismo, mas até os anos 1930 de nosso século havia, nos congressos médicos, grande preocupação com esse tema. O curador sem diploma, o médico-charlatão, esse era o mais perigoso deles. Mas charlatão também era considerado o médico formado e que utilizava determinadas práticas e determinadas terapêuticas que absolutamente não eram consensuais em sua época.

A discussão sobre charlatanismo é muito interessante, é importante se pensar nisso em momentos em que o saber médico começa a se alterar. A fronteira entre o que é charlatanismo e o que não é charlatanismo, o que é verdade científica e o que é erro, começa a flutuar. O consenso antigo começa a desaparecer e surge um grupo desviante. Mas fora isso, havia aquilo que era consensualmente tido como charlatanismo: um determinado médico anuncia que tem um remédio que cura febre amarela, uma doença em torno da qual havia um forte consenso de que não era curável por aquele processo. Esse é o tipo de charlatanismo que mais se condenava. É a homeopatia também. Porque justamente esse tipo de charlatanismo é o que vai incidir sobre a clientela que eles entendiam ser de direito deles, a elite do Império. Eles não se importavam muito, e sempre ridicularizaram o charlatão, quando este vai curar escravos ou homens pobres. O pior dos charlatões é aquele que invade o terreno sagrado da Medicina. Evidentemente, eram os homeopatas, homens também letrados que tinham um discurso competente para se afirmar diante daquela clientela que eles entendiam ser deles por direito.

Os médicos queriam que a polícia médica funcionasse fundamentalmente nesse “mercado”. Há uma passagem de profissão de *status* para a profissão liberal. De uma Medicina muito dependente de sua clientela, para um outro momento em que se inicia o processo de urbanização, e aumenta muito o número de clientes, de serviços médicos. Começa um deslocamento do perfil dessa clientela e afirma-se então, já nitidamente, o perfil do médico como



profissional liberal, que tem uma relação de contrato individual com sua clientela. A discussão sobre ética médica também começa a se inverter. Começa-se a reforçar certas características mais do que outras. Emerge vigorosamente o discurso da competência técnico-científica.

O mais importante é pensar que existe uma ética médica forjada pelas questões definidas pela profissionalização, definida pelo grau de barganha, de negociação entre o médico e a sua clientela, entre os médicos e os novos atores sociais. E que varia muito de período para período.

**LEILA** Você chegou a levantar os códigos de ética médica, enfim, eu teria curiosidade de saber como foi, e se houve, um primeiro código ainda no século passado?

**FLÁVIO** Um discurso que o Conselheiro Jobim profere na Academia de Medicina foi considerado, já no final do século passado, como um esboço de código de deontologia médica. Não quer dizer que o fosse, mas foi utilizado como tendo sido definidor de um parâmetro do que deveria ser a ética médica. Eu não trabalhei com os códigos de ética médica, me detive no estudo do processo de profissionalização em função de uma discussão que queria fazer sobre como, no Brasil, foi sendo apropriado e adaptado o modelo de Medicina que na Europa também começava a mudar. De uma Medicina mais clínica para uma Medicina mais experimental, de laboratório.

**JACQUELINE** Não me lembro exatamente da data em que há uma modificação do código de ética médica mas essa questão que você falou, de uma espécie de negociação entre Medicina e sociedade, fica bem clara com relação à contracepção e ao aborto. Para o

governo brasileiro, até um determinado momento em que o milagre econômico começa a falhar, há uma posição de segurança geopolítica, que é a de ocupação de território. O Brasil é visto como uma grande nação com vasto território e pequena população. Assim, além do peso da Igreja Católica, há também interesses geopolíticos do governo militar em não ter no país nenhum tipo de planejamento familiar. O código de ética médica da época proíbe que o médico informe sobre métodos de planejamento familiar ou o aborto. A partir de 1979, se não me engano, este código muda. Naquele momento, o Brasil já está realmente com um projeto implantado, não oficialmente, mas já funcionando, de planejamento familiar. Hoje, neste código, só permanece possível o sigilo sobre o aborto. Não é permitido no código de ética médica dar nenhum tipo de informação sobre métodos de abortamento mas já é possível falar sobre contracepção. É interessante ver essa questão da definição política quanto aos limites legais do ato médico.

**LEILA** Voltando à discussão sobre ética. Há vários artigos do código de ética médica relativos ao abortamento, à laqueadura tubária e à contracepção que repetem ou interpretam, às vezes até com maior rigor, a legislação produzida pelo Estado. Por outro lado, cada vez mais, ética e legislação se vêm diante de novos fatos trazidos pela ciência.

No Brasil, por exemplo, há bastante tempo, existem centros extremamente modernos onde é possível detectar anomalias fetais, graças ao avanço da ciência. Esse avanço acaba por colocar uma questão: o que se faz com essa gestação a partir do momento em que a anomalia foi constatada e considerada de natureza grave?

Cerca de cinco anos atrás, o Hospital Fernandes Figueira promoveu um seminário com médicos e enfermeiras de sua equipe, no qual foram levantadas algumas questões éticas, nem todas, entretanto, previstas no código de ética médica. Uma dessas ques-

tões referia-se ao fato de os médicos terem acesso a uma tecnologia que permite detectar uma anomalia fetal grave, e se verem impossibilitados de recomendar o abortamento face à proibição da lei e do código de ética médica. Ou seja, não há mais um consenso ético em torno dessa proibição. A visibilidade desse dissenso partiu de alguns médicos de São Paulo, tais como os doutores Pinotti e Gallop que, publicamente, se manifestaram pelo direito da mulher interromper uma gestação face a uma anomalia fetal grave. Em alguns casos, esses médicos mostraram que muitos juízes têm expedido decisões que consideram legal essa interrupção da gestação. Também já existe por parte de um segmento da comunidade médica um consenso de que a anomalia fetal grave deveria ser um dos motivos que justificam o abortamento.

No que diz respeito à inseminação artificial, o Estado pouco tem legislado, exceto no que se refere à proibição da chamada “barriga de aluguel”. Socialmente, o tratamento da infertilidade e a reprodução assistida, praticamente, estão restritos a uma clientela que pode pagar.

Apesar do Estado não regulamentar essas duas últimas práticas, os centros médicos que as realizam começam a normatizá-las. Exemplo dessa normatização ocorre em um importante hospital de São Paulo que também atende na área de reprodução assistida, com nível de excelência compatível aos dos grandes centros internacionais. Esse hospital elaborou normas internas que regulamentam essa prática. No que se refere ao doador, o hospital averigua sobre sua saúde, controlando o tratamento do sêmen doado. O hospital tem uma ficha com muitos dados sobre o biotipo do doador, de tal forma que este seja o mais próximo possível do biotipo do marido da mulher que vai ser inseminada. Há todo um controle de qualidade desse sêmen e uma garantia para o casal de que essa criança será saudável, terá características mais próximas a seus pais. O hospital, além desse controle, também define quem pode ser inseminada ou não. Por exemplo, se a mulher for casada, ne-

cessariamente ela tem que ter a autorização do marido. O hospital não aceita proceder à inseminação artificial em mulheres solteiras, que não vivam maritalmente, por questões que consideram de ordem ética, definidas pela equipe do hospital. Por essas mesmas questões, o hospital não aceita a inseminação de mulher homossexual. Ou seja, esse é um serviço ainda destinado a uma clientela específica, que tem recursos e um certo perfil familiar e de orientação sexual adequados às exigências desse hospital.

Tais normas, como já falamos, não estão respaldadas no código de ética médica e nem na legislação em vigor e acabam, por isso, gerando decisões isoladas, compatíveis com a orientação de cada um desses centros de inseminação artificial e de reprodução assistida.

**RENATO** Gostaria de fazer um comentário a respeito daquilo que se falou sobre a criação de uma “nova ética”, antes mesmo que o código de ética aceite isso. Mais grave do que isso é o fato de a legislação em vigor acompanhar, com maior dificuldade, as mudanças do código de ética médica. Temos, por exemplo, leis que regulamentam o transplante e a doação de órgãos que são completamente atrasadas. São artigos do Código Penal. É uma discussão até mais relevante, o fato de que nós, como médicos, os advogados também, têm feito muito pouco para tentar reverter essa situação de atraso. Eu não sei se ainda é assim, mas quando passei pela faculdade ainda existia uma lei que impedia que fossem retirados órgãos de pessoas mortas, doadoras, antes de seis horas, pensando-se em catalepsia, um conceito absurdo, ridículo, do século passado que não tem mais nada a ver com a Medicina de hoje em dia.

O grande problema com relação ao abortamento eugênico é que a partir do momento em que a sociedade e a Medicina passam a aceitar que se realize o abortamento de fetos mal-formados, o próximo passo pode ser a escolha do sexo e a escolha de caracte-

rísticas físicas, um campo ainda bastante nebuloso do ponto de vista ético. O que você acha a respeito disso?

**ANNE** Como é que você pode impedir isso? Acho que justamente esses novos incrementos fazem com que cada vez mais se tenha acesso a opções. É uma questão de tempo o acesso ao fato de seu feto estar bem-formado ou mal-formado, isso foi o início para se começar a questionar o resto. A escolha do sexo que vai sobreviver é feita há muito tempo, só que de outra forma, talvez menos estético do que simplesmente retirar um feto ainda em formação. Você mata o que nasceu, o que você não quis. As comunidades índias sempre fizeram isso até mesmo porque as crianças mal-formadas não têm como ser inseridas no contexto social delas. Você não tem como conviver com uma síndrome de Down, que sempre vai existir. O que é que você vai fazer com uma criança dessas numa comunidade indígena? Nada. Então simplesmente mata-se quem nasce mal-formado.

**RENATO** É complicado priorizar o que é viável e o que não é. A síndrome de Down não é totalmente inviável dentro do contexto de uma determinada sociedade. Outras mal-formações não são viáveis, dependendo do local ou contexto no qual a pessoa esteja.

**ANNE** A questão de ser viável dentro de um contexto não é muito complexa. Para um índio que sai para caçar — não falando de síndrome de Down, mas, de repente, dele ser daltônico. Ser daltônico é viável dentro da nossa sociedade. Mas para um sujeito que é obrigado a fazer colheita, como ele vai fazer? A questão de ser viável ou não é muito maior do que, simplesmente, o que eu acho certo ou não. É dentro do contexto que estou inserida que estabeleço o que é bom e o que é ruim. Não vamos conseguir nos desligar disso.

**RENATO** Mas temos que defender o direito à vida porque, afinal de contas, essa discussão de viabilidade ou não tira de questão o direito inerente à vida, que está na legislação, está na história do Direito e na própria história da Medicina.

**DAVID SOMBERG** Gostaria de falar rapidamente sobre a geração de demandas para essa transformação ética. Quando falamos do direito à fecundidade, por exemplo. Isso não está codificado, porque a classe dominante não precisa de codificação e de regulamentação do Estado. Este fato jurídico só vai precisar de codificação quando isso for extensível às camadas subalternas da população.

**PAULO GABRIEL** Sobre a questão do direito à vida, essa é uma questão muito delicada, justamente porque, antes de discutir se existe um direito universal à vida, temos que discutir se o nosso conceito de vida pode ser universal. A escolha entre a vida ou a morte decorre da própria concepção do que é viver. Ou seja, o direito inalienável à vida, a qualquer ser que a manifeste, é uma característica da sociedade ocidental. Foi historicamente criado dentro das sociedades individualistas, ocidentais e é totalmente estranho à outras sociedades onde a comunidade tem prevalência sobre os elementos que a compõem, ou seja, a possibilidade de você se inserir na sociedade é mais forte do que o seu direito à existência dentro da sociedade. Basta lembrar que, na China, milhões de mulheres são mortas logo após o nascimento. Por quê? Porque na China você só pode ter um filho e a concepção de família implica você ter um varão, um filho mais velho para poder cultuar os ancestrais, que não podem morrer no além. Se você não for cultuado, vai morrer. Então isso implica você escolher: quer morrer no além ou quer ter uma filha? É um drama, ou seja, você

tem que, antes de impor uma visão de vida, ver qual visão de vida é democrática. Eu acho isso uma questão complicada, inclusive porque, em muitas sociedades, a existência de um mal-formado, de uma pessoa impossível de ser inserida, pode implicar você ultrapassar a linha entre a sobrevivência e a impossibilidade de sobrevivência. Existem comunidades que vivem nesse limiar e alguém que não possa trabalhar, que não possa contribuir, ou seja, uma boca a mais conta muito mais na sociedade industrial. Nessa discussão sobre o direito à vida, temos que discutir primeiro o que é a vida e o que pode ser universalizado. Este é o drama, por exemplo, dos nossos hospitais, em que todo mundo tem direito ao atendimento. Aí você deixa todo mundo entrar, mas aí não tem gaze, não tem sutura, não tem nada. Lá dentro você escolhe quem vai morrer ou não. Longe dos olhos do público é feita a seleção, e nós sabemos quais são os critérios: quem é jovem tem preferência, quem não é alcoólatra tem preferência, quem não é aidético tem preferência, quem não é canceroso, enfim...

**RENATO** A aceitação do aborto eugênico levanta tais questões. O que está sendo discutido, basicamente, é apenas o abortamento eugênico na sociedade, e se esquece de que, a partir do momento em que você aceitar o abortamento de feto mal-formado, cria-se a possibilidade de fazer outras escolhas, que podem ser menos democráticas.

**JACQUELINE** Eu acho que o Renato levantou um ponto muito interessante que vem sendo discutido no Brasil, com posições divergentes e até mesmo antagônicas. A questão da eugenia e reprodução humana sempre foi polêmica, mas agora, com o crescimento do poder de interferência advindo dos avanços da tecnologia médica, por um lado, e com a ampliação da esfera de direitos reprodutivos

por outro, esta se coloca em novos patamares. Assim, por exemplo, na questão da má-formação fetal, agora facilmente comprovada durante a gestação, ou mesmo na questão da interrupção da gravidez em mulheres aidéticas, abre-se um campo de discussões que, no meu entender, ainda está bastante confuso no Brasil. Creio que seria necessário estabelecer parâmetros comuns nos quais situar esta discussão e proponho que a definição desses parâmetros esteja fundamentada na questão dos direitos humanos. Cabe lembrar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU afirma claramente que “todos nascem iguais em direitos...”, estabelecendo assim um patamar, o nascimento, como o momento a partir do qual o indivíduo passa a ser portador de direitos.

Assim podemos pensar na existência de um tempo ou momento biológico, a gestação, no qual, independentemente de questões ligadas à má-formação fetal, a mulher, como portadora de direitos, dentre os quais o de tomar decisões concernentes à sua vida reprodutiva, deveria poder decidir com relação à interrupção ou não da gravidez.

Nos colocamos assim no campo da opção e da democracia e não no da imposição.

Ou seja, uma mulher deve ter assegurado seu direito de levar adiante uma gravidez em qualquer circunstância, sendo ou não aidética, sabendo ou não que existe má-formação fetal. E, nesta mesma linha de raciocínio, uma mulher deve poder interromper a gravidez se por razões diversas ela não se sentir capaz de levá-la a termo.

Saímos assim do campo do absoluto e nos situamos na esfera da vida social, onde leis e normas refletem a dinâmica do poder naquela sociedade, e não só no plano nacional mas também na esfera internacional. De fato esta discussão tem sido levada adiante nas reuniões da ONU e com especial vigor na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo. Ali tivemos claramente o confronto de posições autoritárias com posições democráticas.



O Vaticano, por exemplo, em nome dos dogmas e crenças da Igreja Católica, tentou impor a idéia da defesa da vida desde a concepção como o único princípio ético aceitável. Entretanto, em um cenário como o das Nações Unidas, onde credos e culturas diversas buscam posições consensuais, nenhuma igreja ou estado pode pretender deter o monopólio da ética. Esta Conferência trouxe um grande avanço pois a expressiva maioria dos participantes reconhece a existência de uma esfera de direitos reprodutivos, dentre os quais o direito de viver a maternidade como opção e não como imposição. E também, na questão de interrupção de gravidez, reconheceu-se que o abortamento é uma questão de saúde pública e que nas circunstâncias em que esta prática é legal, deve ser assegurado o acesso da mulher à mesma.

**LEILA** Há uma questão levantada pelo Renato sobre o descompasso entre a legislação e a ética médica. Mas há outros descompassos, por exemplo, entre a legislação e o desenvolvimento da ciência e dos recursos científicos. Até hoje, ainda existe um dispositivo no Código Civil que exige um prazo de dez meses para a viúva contrair novas núpcias. Esse dispositivo data de 1916 e tem como justificativa a necessidade de se ter absoluta certeza da origem paterna do filho nascido nesse período. Hoje em dia, com a existência de testes como o do DNA, parece ridículo esse dispositivo ainda não ter sido revogado. Todas as ações de investigação de paternidade estão sendo absolutamente revolucionadas com o teste do DNA. Só há um problema: este teste é caro e não está, ainda, à disposição de todas as pessoas.

A legislação acompanha com atraso e dificuldade a ética médica, e vice-versa. Por exemplo, no caso do aborto legal, previsto na lei desde 1940, há uma grande resistência dos médicos em atender as mulheres que necessitam interromper uma gravidez resultante de estupro. Assim, tanto a lei como a ética médica, muitas

vezes, também estão em descompasso com as mudanças sociais e necessidades dos indivíduos. Essa constatação confirma a correlação de forças entre médicos e sua clientela, mencionada pelo Flávio. Ou seja, se há uma clientela que necessita do teste de DNA e pode pagar, certamente vai conseguir fazer o teste. Essa clientela de alta renda “sobrevive” sem que a legislação socialize o acesso gratuito a esse teste.

Essa correlação de forças pode ser apreciada, também, quando em 1940 foi elaborado o atual Código Penal. Naquela época, houve uma forte pressão da Igreja Católica para proibir o aborto em todos os casos. No entanto, o legislador, mesmo considerando o aborto como crime, aceitou sua legalidade em dois casos: risco de vida para a mãe ou gravidez resultante de estupro. Nessa última situação, o legislador tinha duas intenções – proteger a mulher vítima de violência sexual para que não gestasse a conseqüência dessa agressão e, ao mesmo tempo, proteger a família, garantindo prole legítima, saudável física e mentalmente. Além disso, em termos econômicos, protegia a transmissão do nome e da herança. Ou seja, havia uma clientela, não só feminina, mas principalmente masculina que queria ter controle sobre a origem de sua prole, inclusive evitando um conceito que poderia padecer das “taras” e demais patologias do agressor. Havia, desse modo, uma preocupação eugênica, e não, necessariamente, uma preocupação apenas com a clientela feminina.

Por outro lado, o avanço da ciência da época já permitia, ao contrário do século anterior, que médicos pudessem interromper uma gestação com segurança para a mulher. Talvez, se nessa época, o desenvolvimento científico no campo da detecção de anomalias fetais de natureza grave estivesse desenvolvido como hoje, uma terceira permissão de aborto legal seria acrescentada à lei para esses casos. O desenvolvimento técnico-científico, relativo aos diagnósticos precoces sobre a saúde do feto, coloca para o código de ética médica e para os códigos do Estado essa nova

questão. Certamente, se o aborto fosse descriminalizado e legalizado, em geral, não teríamos que discutir as permissões específicas que podem ser compreendidas como posturas eugênicas. Ou seja, se a interrupção da gravidez fosse tratada legalmente como uma questão de foro íntimo de cada mulher, dentro do campo da saúde e dos direitos reprodutivos, não estaríamos perdendo tempo com as especificidades de cada situação.

Muitas vezes, certas discussões acabam entrando por um terreno extremamente polêmico, radicalizado e, até, estigmatizado. Esse é o caso do aborto por anomalia fetal grave, considerado por alguns grupos como recurso eugênico. Tais interpretações se explicam porque vivemos em um país de tragédias, particularmente no campo da saúde pública e do desrespeito aos direitos dos cidadãos. À cada tragédia buscam-se respostas puramente repressoras. O exemplo disso é o caso da laqueadura tubária. A partir de dados específicos oficiais constatou-se que o índice de esterilização feminina no Brasil é altíssimo. No entanto, em vez de a discussão se iniciar por uma análise exaustiva de todas as causas concorrentes para tal fenômeno, a primeira reação de alguns setores foi considerar esses dados como demonstradores de uma tendência eugênica, particularmente em relação à população negra, e demandar por uma legislação que proibisse a realização das esterilizações mesmo quando solicitadas pelas mulheres. Outra explicação desses setores para os altos índices de esterilização foi apontar para os interesses do imperialismo na redução da população pobre. Sem descartar os interesses internacionais na redução da taxa da fecundidade em todo o mundo, temos que enriquecer a visão sobre esterilização feminina no Brasil, introduzindo novos elementos no debate. Dentre estes: a entrada da mulher no mercado de trabalho sem contar com as creches, pré-escolas, com o apoio do companheiro para os afazeres domésticos ou para compartilhar o uso de métodos contraceptivos, acabam por levar as mulheres a uma lógica econômica que defina quantos filhos ela poderá efetiva-

mente criar. A ausência de programas na área da saúde reprodutiva também leva essa mulher a buscar o que está disponível: a pílula e a esterilização. Além disso, muitas mulheres não têm um parto assistido no sentido literal. Ou seja, ficam nas maternidades sem assistência de enfermagem que acompanhe o trabalho de parto. Por ficarem longas horas em sofrimento essas mulheres pedem para receber anestesia e serem “operadas”. Mesmo sendo escolhas enviesadas pela falta de outras opções, a grande maioria dessas mulheres conscientemente sabe o que está fazendo. O que não impede que, posteriormente, por diversos motivos, essas mulheres se arrependam do que fizeram. Na realidade, o arrependimento faz parte da condição humana. Por isso, não se pode aceitar leis que sejam meramente repressoras.

A lei repressora, particularmente na área da sexualidade e reprodução, desrespeita direitos individuais. A situação de tragédia social no campo da saúde pública acaba sempre ensejando medidas punitivas ou restritivas de direitos. Essa situação também tem se manifestado no campo das novas tecnologias de tratamento da infertilidade e de reprodução assistida. O avanço da ciência permitiu que mulheres férteis pudessem evitar a contracepção, permite, agora, que mulheres inférteis possam ser mães. No entanto, muitos setores consideram essas novas técnicas como uma intervenção no campo da natureza.

A clientela que demanda agora pelo tratamento da infertilidade ou pela reprodução assistida ainda é pequena. No momento em que essa clientela aumentar é possível que o Estado seja mais flexível a essa demanda e introduza as novas técnicas na rede pública de saúde. Por enquanto, só para quem pode pagar pelo desenvolvimento da ciência.

Finalmente, diante da questão dos descompassos entre ciência, ética, Estado (lei) e sociedade e diante dos campos de poder que permitem, ou não, a negociação médico/clientela, é importante que possamos nos posicionar sem preconceitos diante do avan-

ço tecnológico que, nesse final do século, tem se dado com uma formidável rapidez, mexendo com os nossos valores. É preciso que possamos discutir os modelos universalizantes e relativizar o nosso etnocentrismo em um campo temático que envolve valores, ética, ciência, política e práticas sociais.

**JACQUELINE** Creio que há, de qualquer maneira, uma diferença. Não é possível colocar na mesma lógica a questão da intervenção na regulação da fecundidade em termos de utilização da pílula, a questão da esterilização, do abortamento ou de um tratamento de infertilidade que se faça por vitaminas, por contagens hormonais e a fertilização *in vitro*. Certas técnicas abrem outros campos de ética, introduzem outra lógica na discussão, evidenciam outros poderes e conflitos. A questão da intervenção no corpo é dinâmica e coloca novas questões, tanto no campo ético quanto no político. A tecnologia vai introduzindo novas questões. Acho que discutir fertilização *in vitro* é diferente. Assim como discutir esterilização é diferente de discutir DIU, ou pílula ou diafragma, enfim. Só queria também ressaltar um aspecto na linha do que a Leila colocou sobre a nossa mentalidade catastrófica, que realmente tem tido um peso muito negativo: o manuseio pouco sério que se tem feito de dados estatísticos neste país. Esse manuseio tem sido terrível: fala-se em 30 milhões de crianças de rua, 36 milhões de não sei mais o quê, 48% da população das mulheres brasileiras está esterilizada. Comparando-se os índices de esterilização das mulheres brasileiras com índices internacionais, ele não é tão alto, gira em torno de 18% da população total de mulheres. No entanto, normalmente, as estatísticas são dadas fazendo um recorte, mulheres de 15 a 49 anos que estão fazendo uso de contracepção e que estão em união estável, em casamento. Aí sim, você chega aos índices de 44% e 48%, pílula e esterilização respectivamente. Mas não é da população brasileira. Os dados têm sido manuseados, usados consciente

ou inconscientemente. E aí entra aquela questão de quais segmentos sociais vão usá-los, de que forma e para quê.

**ANNE** Nessa área o consenso está muito distante, acho até que ele não deve existir. Para quem conhece, por exemplo, crianças excepcionais (conheço algumas), é complicado você discutir eugenia, depois de conseguir interagir com uma criança dessas. É um ser humano como outro qualquer. Por outro lado, se começamos a fechar muito por esse viés, fechamos a legislação para outras situações, porque é muito fácil você discutir ter um filho com síndrome de Down, dependendo do nível social dos pais, que podem pagar o acesso a uma terapia com fonoaudiologia, logopedia ou o que quer que seja. Essa criança vai para a escola, tem um vida muito próxima do que consideramos uma vida normal, dentro das suas possibilidades. Agora, uma criança pobre, de favela, que nasce com síndrome de Down, vai ser quase um vegetal. Eu vejo acontecer. Não devemos limitar nosso ângulo de análise em torno da eugenia, para que possamos um dia chegar a uma legislação flexível. Só quando conseguirmos inserir essa discussão no fórum na legislação estatal, conseguiremos garantir o acesso das classes mais pobres àqueles benefícios. Tendemos muito a elitizar essa discussão, colocando a questão da eugenia. Fazer detecção precoce de uma anomalia fetal para quê? Você faz o diagnóstico e aí faz o que com isso? Entrega para paciente e fala: "olha, a senhora vai ter um filho com essas características." Não dá pra fazer isso, eu tenho muita dificuldade. É complicado? É. Eutanásia é uma questão complicada, a questão dos transplantes é complicada, mas temos que jogar um pouco mais aberto com isso. É uma característica da classe médica, tentar encerrar nas suas mãos esse poder de decisão, não abrir a discussão para a população com menor grau de instrução ou com menor nível socioeconômico.

É óbvio que as classes mais abastadas têm acesso à fertilização *in vitro*, à terapia gênica para determinadas imunodeficiências congênitas, que para nós parece distante, mas cada vez chegam mais rápido para nossa realidade. Boa parte da população está alijada dessa discussão porque não tem nem idéia do que seja.

Gostaria, mais tarde, de discutir como é que se deu no passado a questão da estratificação da classe médica. Hoje há médicos de primeira e de segunda categoria. Você tem um médico que se forma e vai trabalhar no Centro Médico Barra Shopping e um que vai trabalhar no PAM-Bangu. Essa é a realidade: PAM-Bangu do Inamps. Tem outra questão, que poderemos explorar, relativa ao gênero. Por exemplo, o acesso restrito das mulheres a determinadas especialidades. Eu não conheço nenhuma mulher urologista. Em compensação, mulheres pediatras eu conheço umas cinqüenta. Há algumas especialidades que são extremamente fechadas para a mulher. Então, é um campo onde todos são iguais, mas alguns são mais iguais do que outros. Eis uma questão que pode voltar a ser discutida depois: como a ética profissional, dentro desse aspecto, vai selecionar pelo sexo a especialidade médica?

**FLÁVIO** Acho muito importante que se faça aqui uma distinção metodológica, a meu ver fundamental, nessa discussão de ética médica. A discussão de ética médica tem basicamente duas dimensões: quando falamos dela, podemos estar nos referindo ao *ethos* profissional do médico, ou seja, àquele conjunto de valores que informa a visão, a concepção de mundo, ou melhor, a identidade do médico. Trata-se, aqui, daquele conjunto de valores que tem a ver com a sua relação com os outros grupos sociais. Isso é uma certa concepção de ética médica.

Paulo Gabriel tem um trabalho muito interessante, sobre a formação do estudante de Medicina que, aos poucos, vai sendo introduzido nesse universo de valores médicos. É um estudo atual, com

a marca das enormes diferenciações que temos discutido. No século XIX, isso é muito diferente: o médico é definido como um personagem que atira em perfeita harmonia com o *ethos* estoico. Há um livro de José de Alencar, *Diva*, em que se traça um perfil do médico, exatamente como aquele que tem um sacerdócio. Ele é alguém que tem um compromisso profundo com a vida. Ele tem, inclusive, uma maneira particular de se comportar muito associada às idéias de missão e de serviço. Há toda uma descrição de um conjunto de valores heróicos que informam a personalidade desse médico. Podemos contrastar essa imagem com a que está sendo veiculada por uma novela da Globo, onde os médicos são garotos, são surfistas etc. O perfil atual é completamente diferente. O médico profissional liberal era aquele que tinha autonomia. Evidentemente isso está muito referenciado no processo de trabalho. O médico pode ser liberal ou assalariado, por outro lado é preciso saber que tipo de espaço ele ocupa nesse enorme campo da Medicina: se ele é um médico de laboratório, se ele é um técnico da administração ou é um gestor de saúde, se ele é um clínico, se é um especialista. Atualmente há uma enorme variedade de inserção profissional, cada qual contribui de seu modo para formar uma auto-identidade. Isso tem a ver com a nossa discussão sobre profissionalização e desprofissionalização.

Os médicos têm sido, dos setores sociais, os que mais discutem a questão da ética e da cidadania. Isso aqui não é o primeiro fórum de discussão. Os médicos discutem isso e têm produzido muitos livros sobre ética médica. Um lado dessa discussão é marcado por essas mudanças dos valores do campo médico. Um outro lado, uma outra dimensão da discussão sobre a ética médica é isso que a gente está discutindo aqui. Os médicos, como todos os outros profissionais das tecno-ciências que vão se desenvolver a partir do final do século XIX, ajudaram profundamente na laicização da cultura. Eles começaram a intervir descrevendo padrões de comportamento. Eles começaram a tirar da Igreja e de vários outros setores



sociais tradicionais o papel na definição sobre normatividade social, sobre o que deveria ser considerado como válido e não-válido, e além do mais, tentaram cada vez mais monopolizar determinadas áreas de julgamento.

No século XIX havia uma polêmica muito forte entre médicos e engenheiros sobre a definição do processo de urbanização da cidade. Os médicos definiam um padrão a partir da discussão sanitária, propondo arrasamento de morro, enxugamento de pântanos, tudo isso vinculado à concepção do que seria higiênico. E os engenheiros também lutando para definir os padrões fundamentais para expansão e reformas do espaço urbano. Isso tem a ver com disputa de cargos nas arenas de decisão pública. Conforme vai se ampliando o conhecimento dos fenômenos naturais e conforme você vai podendo intervir e mudar esses fenômenos, cada vez mais aparecem novas arenas, novas áreas em que a discussão ética ganha um sentido bem distinto. Outra faceta disso é o fato de que esse é um movimento muito divergente, muito sinuoso. Em alguns momentos, você tem a tentativa de médicos, de outros profissionais, circunscreverem à sua própria área a definição do que é certo e do que não é. Evidentemente que, nesse fórum, ocorre justamente o oposto. Cada vez mais chama-se a atenção para a necessidade de democratização dessa discussão. Aqui há um claro consenso de que os médicos não podem monopolizar a discussão sobre reprodução eugênica. Mas já fizeram isso no passado. Nos anos 1920 e 30 houve um forte movimento eugênico comandado por um médico, Renato Kehlo. Havia revistas eugênicas, revistas médicas. Eram os médicos que discutiam a questão da eugenia. Claro que em alianças com a Igreja. A Igreja ainda tem, hoje, um discurso eugênico sobre o casamento, muito embasado no que foi produzido nos anos 1920 e 30 pelos médicos. Essas também são arenas de decisão. Chamaria a atenção à necessidade da distinção. Uma coisa é a discussão sobre o comportamento, o conjunto de valores que organizam o campo médico, se existe ou não existe,

ou se está em transformação. A outra discussão é essa que estamos levando aqui e que é extremamente interessante. Mas ela é infinita. Cada vez mais os médicos intervêm, não só os médicos, como os cientistas, os engenheiros etc. Em certas áreas, criam novas questões éticas. Esse dissenso que nós estamos encontrando aqui tem muito a ver com o fato de que essas discussões não são meramente científicas, são discussões racionais, são objeto de negociação entre a Medicina e vários outros atores sociais com interesses e visões de mundo conflitantes.

**PAULO GABRIEL** Para acrescentar um dado à discussão, fiz uma revisão da literatura interna à Medicina, dos professores das faculdades de Medicina, sobre o ensino de ética médica. Percebi que há duas concepções de ética que vivem em debate, ou seja, dois campos para você conceber a ética médica dentro do ensino da Medicina. Um, que eu gostaria de definir como uma via profética de ensino da ética médica, que a vê como um conjunto de valores morais, espirituais, que não pode ser ensinado por uma técnica pedagógica. Então você precisaria de grandes médicos como exemplos de vida, para tutelar os alunos que, através da identificação da vida deles com o seu mestre, incorporariam esses valores, ou seja, uma via totalmente implícita e uma concepção religiosa, moral, do que é ética. Visão da ética só como valores espirituais. E do outro lado do campo, temos os professores que defendem que a ética é simplesmente o conjunto de regras e normas jurídicas. A ética médica é um código jurídico com força de lei, ao qual você se refere. Você pode ensinar, porque ela é um código. Inclusive, no Fundão, foi mais ou menos essa a tônica da nossa formação: a visão jurídica da ética médica. O que tem como contrapartida a complicação da relação entre nossa sociedade e regras ou leis explícitas. Toda regra pode ser burlada, de acordo com seu interesse, de acordo com sua leitura da regra. Então, essa discussão da ética,

a meu ver, peca por ser unilateral, dos dois lados, e não ver a relação entre um lado e outro, deixando sempre o outro lado para a consciência individual, o que permite, no caso da pessoa que sai formada por essas concepções, uma margem de manobra muito grande em relação aos princípios éticos da profissão.

**ANNE** A respeito dessa questão da ética, acho que temos que pensar, além do que o Paulo Gabriel colocou, que hoje fica muito complicado um médico ter uma ética muito definida. Estamos vivendo um momento de muitas mudanças. Então, o que vem a ser ética dentro desse contexto? Eu acho que ao médico, até mesmo dentro da faculdade, é aconselhado: você primeiro observe para ver em qual contexto está e depois passe a agir. Essa é simplesmente a imagem perfeita do tempo em que estamos vivendo.

A ética médica era muito mais fácil de ser definida há 50 ou 100 anos, onde até mesmo o contexto social no qual o médico se inseria era muito mais definido. Então já se sabia quem era o médico, já se sabia como ele era definido. Isso hoje em dia é muito mais complicado, até mesmo porque as faixas sociais que têm acesso ao médico são muito mais amplas. Graças a isso o comportamento vai ser diferente de acordo com quem vai ser abordado. Isso interfere diretamente na ética. Essa questão da ética, na verdade, transcende um pouco o que o médico vai fazer, trata de como ele vai se encaixar diante da situação em que está.

Antigamente o médico tinha uma força muito maior e ele podia se permitir julgar. Você chamava o médico, o médico generalista era antes de tudo um homem realmente muito sábio. Você o chamava para julgar diversas questões dentro da casa. Era o médico da família. Então as crises histéricas das meninas que estavam para casar eram julgadas por ele, que também opinava sobre o melhor momento para as núpcias. Várias coisas passavam pelo crivo de uma pessoa, que tinha um papel muito maior do que se

tem hoje. Por isso que eu acho que é tão complicado hoje a gente ter a idéia do que vem a ser a ética dentro da profissão médica. O médico hoje em dia se vê muito mais jogado dentro de um espaço extremamente profissional de uma demanda e uma resposta. O paciente tem muito mais consciência de que há algo dentro dele que não está bem e que ele pode ter acesso realmente a uma solução. E fica extremamente incomodado quando você não apresenta essa solução a ele. Houve uma certa deformação, até mesmo porque a especialização dentro da Medicina se fez muito grande. Há uma certa pressão atualmente para que retorne a uma visão holística, mais imperativa, porque ficou um pouco deformada a questão do papel médico.

Então, como definir a questão ética? Eu, sinceramente, acho que é muito complicado. Diante da especialização e o acesso a novos incrementos tecnológicos, perdemos um vínculo com a natureza que era muito mais simples. Eu tenho agora acesso a um poder de decisão muito maior, só que com isso vem um série de perdas. A minha vida fica menos simples. Então eu acho que todos esses novos incrementos devem ser encarados como situações naturais porque são as situações nas quais estamos vivendo atualmente, são instrumentos naturais do meu poder de decisão atual. Tudo isso para mim é simplesmente definir uma nova natureza atual na qual eu tenho que aprender a trabalhar. A grande dificuldade é que esses incrementos tecnológicos têm sido extremamente rápidos. Tenho tido muito pouco tempo para poder trabalhar a questão da escolha e da perda. Porque, a cada escolha, existe uma perda. Só que essas perdas, do aconchego do não-saber, tem se dado muito rapidamente. A dor dessas decisões passa muito pela perda na confiança de que aquilo que estão me oferecendo vai me dar acesso a uma qualidade de vida melhor. A vida, há quinhentos anos, era muito mais simples. Havia menos poder de decisão, o que facilita e diminui a responsabilidade. O mais custoso e o mais doloroso é assumir que você é uma pessoa cada vez mais respon-

sável diante do teor de conhecimento cada vez maior que você tem. Aí entra a nova questão da ética. Tudo isso está muito imbricado.

**LUCIANA** Estava aqui querendo discutir a questão inicial do Renato sobre abortamento eugênico. Estou me lembrando de um seminário organizado pela CEPIA na Maternidade Fernando Magalhães, que discutia o atendimento ao abortamento legal. A equipe era muito boa, e a psicóloga do Fernando Magalhães levantou uma questão que, na verdade, nem tivemos tempo de debater, mas acho que é fundamental refletir sobre o que ela levantou. Ela disse o seguinte: o problema do abortamento é que ele obriga o médico a lidar com a sua própria impotência. Como manter sua imagem de onipotência e ser ao mesmo tempo responsável diante da perda? Poder perder. Nós de fato não conseguimos perder. Isso é certamente uma discussão que eu posso levar com o pessoal da AMERERJ. Quando dizemos: vamos afirmar o valor universal da vida, que vida é essa que afirmamos e qual a perda encoberta? É muito fácil fazer uma afirmação universal, mas a realidade concreta é feita de muitos fragmentos incongruentes e temos que ser responsáveis diante de cada pequena coisa. E nem sempre aquilo que parece razoável do ponto de vista ideal é o que na prática se traduz em um atendimento digno. E aí temos que relativizar e perder, temos que ser responsáveis inclusive para poder perder. A eutanásia é isso: sob certas condições especiais, deixar morrer. Que coisa dramática! Estou falando como médica: devemos poder perder. Acho que o abortamento também entra por aí neste debate.

**RENATO** É bastante bonita e um pouco romântica essa tua visão, de que o progresso vai trazer mudanças éticas e mais responsabilidades, mas quando falei sobre abortamento eugênico, não estava preocupado só com a perda ou só com essa questão da onipotência

do médico, que é abalada por esse tipo de situação. Falei das conseqüências que não temos como medir, como, por exemplo, você tem o negro que tem anemia falciforme, que é um defeito, mas isso torna ele mais resistente à malária. Você tem o negro que tem mais hipertensão e algumas outras doenças, tuberculose, por exemplo. O branco não tem. Então, você, levando esse “aprimoramento”, essas escolhas genéticas, quem sabe possa estar fechando certos aspectos da própria evolução humana. Ecologicamente falando, você pode estar causando um risco, quem sabe até causando a própria destruição da raça. E essa percepção só virá muito tempo depois de que se comece a fazer essas escolhas.

**ANNE** Essa perda é meio complicada, sempre existiu. O tomate não era vermelho, era amarelo. Por isso era chamado de *pomodoro*, na Itália. Ele não existe mais como tal porque tinha que ser diferenciado dos que eram venenosos. Isso é inevitável. É uma demanda, e ela vai progredir.

**RENATO** Também diria que esse tipo de avanço tecnológico é inevitável, mas a discussão tem que preceder à prática.

**JUAN** Voltando à questão do aborto eugênico. Acho que o conceito de eugenia está muito marcado pelo fato de estar se matando para selecionar raça. Eugenia está muito ligada ao fato de você matar. Discute-se sobre o direito alienável à vida. Só que eugenia pode começar antes disso. Não precisamos nem estar falando de vida para poder falar de eugenia. Nesse caso, podemos considerar aconselhamento genético como um tipo de eugenia. Você vai tentar fazer um aconselhamento genético para evitar a mucoviscidose, algo que tem risco para acontecer, e nem por isso você vai contra a vida. Você pode deixar o feto, a criança nascer, mas você vai

manipular o genoma, que é uma coisa possível. Não estou nem me colocando contra ou a favor, só estou dizendo que é um poder enorme que se tem nas mãos e acho que a discussão gira em torno disso. As condições estão dadas, mas não cabe a nós aceitá-las, cabe a nós ver como é que elas vão ser aplicadas. A diferença é que não somos apenas atores, somos diretores desse negócio.

Havia um poeta romano que colocou, como um dos princípios éticos do médico, fazer tudo para salvar o paciente, mas jamais trazê-lo de volta a vida. Isso hoje em dia acabou, o que mais se tenta fazer é ressuscitação pós-parada cardíaca, na época, muito menos do que isso, deve ter sido considerado como morte. O que você tenta identificar como morte hoje é uma coisa muito mais avançada do que isso. Avançamos além desse princípio. Tentamos trazer de volta da morte. Sim, mas isso em função de quê? De novas possibilidades tecnológicas, não é? Então, tem que se ver como se administra isso, a própria questão da eutanásia.

**ALAN** A genética, que faz parte da discussão da eugenia, não se impõe mais. Podemos ter um código genético, isso tem que ser discutido. Sou completamente contra a questão eugênica, até do aborto pelo estupro. Mas isso é pessoal, vai depender muito da opinião da maioria e principalmente do contexto econômico. Somos escravos desse poder econômico, que a gente não sabe se é o poder econômico ou a vontade da maioria. Hoje a genética só potencializa, não impõe mais um fenótipo.

**JACQUELINE** Eu só não entendi quando você diz que é contra o aborto por eugenia, mesmo advindo de estupro. Mas você é a favor da interrupção da gravidez ou da realização do abortamento porque há um desejo da mulher que foi estuprada em fazê-lo? Isso não tem nada a ver com eugenia. É simplesmente porque ela não

quer ser obrigada a levar adiante uma gravidez resultante de uma pessoa que a violentou. Não tem nenhuma consideração eugênica aí. Você é a favor? Você acha que ela tem esse direito? Aliás eu acho que situar a questão do aborto em a favor ou contra não é um patamar correto, porque ninguém é a favor do aborto, ninguém sai por aí dizendo: “que delícia!” Estamos conversando em um plano de direitos.

**DAVID SOMBERG** Acho muito interessante ficar se falando de perda, que devemos aceitar as perdas. Quem aceita perda é padre, é hindu. Eu sou um ocidental, pequeno-burguês, marxista e médico e acho que a tecnologia tem tudo a ver, justamente porque não estou a fim de lidar com nenhuma perda. Eu não quero morrer, não estou a fim. Se eu morrer vai ser contra a vontade, vou ficar irado. Não estou a fim de conviver com perda nenhuma. Sobre a eugenia, quem é eugênica é a natureza. Esse negócio de dizer que se você manipular, estará sendo eugênico, é equivocado. Você estará sendo é contra-eugênico. Você estará dando possibilidades de sobrevivência a um indivíduo que não teria possibilidade nenhuma se houvesse o *laissez-faire* da natureza. Se eu acreditasse na perda e que a gente tem que aceitá-la, estaria pelado, sem carro, andando a pé, fazendo Uh, Uh! O que diferencia o ser humano das outras espécies que a gente conhece? É a possibilidade justamente de romper com essa lógica de ter que aceitar. O hindu fala do mito, que a tenda de Maia está ali porque o homem não deixa o rio caminhar pelo caminho dele. Eu estou a fim de colocar uma represa lá mesmo, de botar uma hidroelétrica e ponto final.

**LUIS** Eu queria falar basicamente duas coisas. Uma é que Juan falou sobre eugenia, eutanásia. Na verdade, o que são esses “eus” que vêm nessas palavras? Uma boa morte, um bom gene. O con-



ceito do que é bom é extremamente variável, como a Anne comentou, o Paulo Gabriel também. O que é o bom para nós? O que é o bom para os chineses? Isso é uma coisa extremamente discutível. Você vai lutar para ter uma boa condição, uma boa chance de vida. Essa noção de “boa” é extremamente mutável, ainda mais à medida que a gente vai tendo todos esses progressos científicos que vão permitindo a você ter um controle e uma chance de sobrevivência maiores do que antigamente.

Podemos usar o meu exemplo, que sou extremamente míope. Se fosse possível você detectar isso antes do nascimento, você vai fazer essa opção, você deixa nascer uma pessoa míope ou não deixa nascer essa pessoa míope. Ela vai ter chance de sobreviver ou não? Hoje em dia, naturalmente, isso não me causa nenhum incômodo, não inviabiliza minha sobrevivência de maneira nenhuma, mas num outro contexto talvez inviabilizasse. E aí você não tem nenhuma dúvida. Mas à medida que a coisa vai evoluindo, as diferenças vão ficando cada vez mais finas, mais sutis e onde você vai parar? Chegamos à história do olho azul, do olho preto. Você vai considerar isso como sendo um caracter desfavorável ou favorável. Está certo, é um exagero bizarro. Por outro lado, você cai na questão da liberdade de escolha, você pode escolher ter o olho azul ou ter o olho preto? Você tem o direito de escolher? Você vai chegar a dizer: “Não, eu quero que tenha um olho azul, então se tiver um olho preto eu escolho não ter. Isso é uma possibilidade.” Isso é um direito? Isso vai ser exercido?

Tendo a possibilidade de saber se o olho vai ser azul ou vai ser preto, se a pessoa tiver os meios para isso, pode até exercer esse direito. Ela vai chegar e vai escolher fazer o aborto ou não fazer. É possível você fazer um aborto sem ter que dar justificativas para isso. Isso é feito hoje em dia. A questão é que isso é feito de uma maneira subterrânea, você não tem nenhum controle. Se você transforma isso num direito, traz essas questões para a luz. Você pode

informar-se sobre as motivações. Se é ilegal, é feito sem questionamento, sem nenhuma discussão ética a esse respeito.

## MERCADO DE TRABALHO E PROFISSÃO MÉDICA

**DAVID SOMBERG** Eu vou procurar ser o mais esquemático possível para facilitar até a pontuação de algumas questões. Bem, a história do aparelho formador no Brasil, e a gente discutiu isso ontem, não é diferente do processo que se estabeleceu em outras partes do mundo ocidental. Até o final do século passado a estrutura de formação era baseada no conceito de *ars curandi*, no modelo da escola de Avicena e, o Flávio não gosta que se coloque assim, pré-científico. Só no final do século passado é que começam as discussões de como adequar a Medicina e a ciência da vida a uma postura que na época era a da ciência hegemônica: o modelo da física clássica, da ciência experimental, hipotético-dedutivo. Isso aparece nos Estados Unidos com a uniformização dos currículos médicos a partir do relatório Flexner, um pedagogo que é convidado a estabelecer um modelo de formação para as universidades americanas. Ele se baseia num modelo hegemônico de ciência que é o das ciências ditas naturais. Então cria um modelo de ensino, que basicamente é o que se utiliza até hoje na grande maioria das escolas, o de achar que você primeiro tem que ter um embasamento em ciências básicas, ou seja, as ciências vencedoras: a química, a física, enfim, as ciências naturais. A partir daí você constrói um modelo de ser humano e você passa a perceber onde é que esse modelo é alterado por condicionantes biológicos, químicos. Esse que é o modelo chamado flexneriano, e depois, aparece o modelo neoflexneriano com a incorporação das ciências sociais.

No Brasil como é que acontece isso, em função da organização do processo de trabalho do nosso mercado? Você tinha no Império um mercado extremamente restrito. O médico estava ali para atender à nobreza. Então você tinha uma classe dominante quase toda composta de nobres. Era uma coisa que se misturava muito: a dita nobreza, que no Brasil não tem uma conotação como tinha nos grandes impérios europeus, e os fazendeiros, os detentores do capital circulante. Classe operária não existia. O que existia era a mão-de-obra escrava. Basicamente o médico estava ali para tratar dos detentores do poder. E o aparelho formador é voltado para isso. Na medida em que começa a surgir uma demanda social maior, a aparecer sinais de urbanização e, na economia, a aparecer um setor terciário mais forte, o médico expande seus serviços para outras camadas sociais.

Com a República e o processo de industrialização, alteram-se as formas do trabalho médico. Concomitantemente à expansão da demanda, ocorre um movimento revolucionário com a cientificação da transmissão do conhecimento médico. Essa questão orgânica, prioritária, biologicista. Nesse momento, o médico liberal clássico vai perdendo espaço, com a fusão das casas de assistência, e com o aumento das demandas do movimento operário. Enfim, isso vai mais ou menos se processando até o final da década de 50 e o início da década de 60, quando o Brasil já é um país que tem um mercado estruturado e passa a ser interessante no âmbito internacional, não só como produtor de bens primários, de matéria-prima, enfim, mas também como mercado consumidor. O país é pressionado a entrar no mercado internacional, num âmbito maior do que de produtor de matéria-prima. No movimento de 64, vários grupos passam a defender a incorporação da economia nacional à economia capitalista multinacional ou transnacional, ocorrendo também uma mudança no perfil da contratação de mão-de-obra médica. Empresas privadas surgem como contratadores dessa mão-de-obra, além do Estado. Por volta da década de 70, começam a

aparecer as grandes empresas privadas no campo da Medicina. Hoje, a disputa pelo aparelho formador está se dando nesse campo. A iniciativa privada, os contratadores privados de mão-de-obra estão comprando escolas, estão tentando definir um perfil de médicos para ser incorporado a esse mercado. É o perfil do especialista, do consumidor de tecnologia, do médico inserido no complexo médico-industrial, consumidor de produtos caros, de medicamentos.

Uma parcela da corporação médica está se organizando em subcorporações, através das sociedades especialistas, que também querem, por sua vez, controlar fatias cada vez menores do mercado, já que é muito difícil haver monopólio nesse mercado, como ocorria no século XIX, de forma mais uniforme. A sub-especialização leva a uma desconstrução do modelo sindical clássico, em que a corporação, como um todo, se organiza e tenta avançar, definindo campos. Surgem espécies de subsindicatos, sub-interesses ou sub-corporações dentro da grande corporação médica. Atualmente há uma disputa muito grande entre especialistas, para definir até onde cada um vai. Por exemplo, procedimentos que até pouco tempo atrás eram considerados procedimentos de um especialista, hoje são definidos como especialidades. É o caso clássico da endoscopia digestiva, que não passa de um procedimento até pouco tempo atrás realizado por gastroenterologistas (e não por cirurgiões gerais). Disputam-se, basicamente, concepções: a do mercado, do setor privado (o contratador de mão-de-obra tentando definir um consumidor de tecnologia) e da corporação, tentando definir em que campo cada um vai atuar.

**LEILA** Talvez pudéssemos pensar sobre o que você falou, em termos de modelos. Até a década de 1930, tinha-se o modelo liberal do profissional; a partir da década de 30 surge, não apenas na área médica, mas como um debate na sociedade, a questão social: a introdução da temática do social fez surgir o modelo do profissio-

nal voltado para o atendimento social. Ao mesmo tempo, o fortalecimento, a centralização maior do próprio Estado brasileiro, como um ator importante, influenciou ambos os modelos. Nesse sentido, durante muito tempo, convive o modelo liberal com esse novo modelo social. O Estado cria o seu corpo de funcionários públicos através de critérios, como o concurso público. Isso vai acarretar a presença de outros agentes sociais, que não mais membros oriundos das elites. Serão outros atores, as mulheres e membros das classes médias, egressos da Faculdade de Medicina por exemplo, e absorvidos por um mercado de trabalho aberto pelo Estado. Esse modelo do profissional liberal de alguma maneira perde um pouco o monopólio, com a entrada de um Estado mais centralizado, mais dirigista, e com a introdução da questão social.

Na década de 30 há toda uma reorganização da sociedade brasileira, não apenas em termos econômicos ou políticos, mas na reorganização das novas corporações. O corporativismo também vai ser reforçado e, em termos ideológicos, esse modelo traz uma vertente de esquerda e outra de direita, surgindo a necessidade de incluir o social como um elemento do debate, que até então não estava presente. Anteriormente, o debate girava apenas em torno dos interesses das elites. A partir da década de 30, o Estado dará especial atenção às questões da classe trabalhadora formuladas em outros cenários, desde o final do século passado, visando o seu controle, evidentemente. É interessante a visão do mercado de trabalho do médico dentro de um panorama dessa atuação do Estado brasileiro, em conformação com um novo campo, com um novo mercado.

**DAVID SOMBERG** É importante ressaltar o outro lado desse processo, de incorporação das demandas sociais. Elas não se dão unicamente por pressão da classe operária, mas também porque existe um mercado em formação, que precisa ser sustentado. O operário

tem que trabalhar, tem que ter saúde, senão a classe dominante não ganha dinheiro.

**LEILA** Eu gostaria de relativizar um pouco tais idéias. Vamos tomar como exemplo os dias de hoje. Há pouco tempo, um médico ginecólogo me explicava porque é que agora se está investindo tanto na mulher, na menopausa ou na pós-menopausa etc., porque as mulheres vivem mais, agora. Nesse sentido, entre a menopausa e a morte, há um período de vida útil e produtivo que deve ser resgatado. Ao mesmo tempo, os seguros de saúde não querem gastar muito dinheiro com a mulher, com a osteoporose, com uma série de doenças que possam ser prevenidas. Mas, evidentemente há também uma demanda dessas mulheres por saúde. A pressão da classe operária no Brasil é um dado interessante. Ao tirar o peso da pressão da classe operária no Brasil, endossamos um pouco a ideologia dominante, desde a década de 30. A própria historiografia oficial apaga a importância dos movimentos operários. A pauta dos direitos sociais criados pelo Estado Novo nada mais foi do que o Estado incorporar, como suas, demandas que originalmente vieram da classe operária. Já no início do século XIX, em vários países, existia uma corrente pró-direito social. No Brasil, isto só vai ser observado um século depois. De qualquer maneira, foi incluído na CLT, na área dos direitos, não na área de regulamentação das profissões (limitação da jornada de trabalho, férias, auxílio-natalidade, quer dizer, trabalho e previdência social). A incorporação desses direitos pelo Estado atendeu não só aos interesses da classe dominante. Há uma margem de negociação e de pressão, que foi a resposta dada pelo Estado, regulamentando, controlando, organizando o mercado. Por isso não se trata simplesmente de garantir a saúde do trabalhador, mas também de atender a uma demanda dessa parcela. Enfim, precisamos relativizar esse processo.

**DAVID SOMBERG** Existe demanda social, e isso leva o Estado a abrir mão de determinadas posições. Agora, é importante saber também que esse “abrir mão” pode ter um outro viés, que não é tão pesaroso assim para o próprio Estado.

**PAULO GABRIEL** A partir de 30, observa-se a implantação de um projeto nacional, a construção de uma nação nos moldes burgueses, não mais em termos oligárquicos ou aristocráticos. Aí entra essa questão, justamente. O Estado abre mão porque tem de incluir todas as classes. Então, realmente, ele incorpora de maneira muito hábil, diga-se de passagem, as reivindicações que já pré-existiam e não eram contempladas. O Estado tem que construir uma nação, tem que contemplar todas as classes mas obviamente o Estado tem interesses próprios. Não se trata de altruísmo. Hoje em dia, a construção da nacionalidade foi deixada em décimo plano e isso, a meu ver, se reflete justamente no abandono de todas essas questões. Desmantelar a saúde pública frustra o antigo projeto nacional. Até mesmo nos anos da ditadura militar, é retomado o projeto nacional e, com a catástrofe que foi a ditadura e seu final, o projeto foi sendo adiado, obviamente abandonado e deixado em segundo plano. O Governo democrático não conseguiu, digamos assim, propor uma alternativa includente. A alternativa que ele propõe é quase voltar aos tempos da República Velha, com seu modelo liberal, ou seja, abandonar todo o projeto e entregá-lo às empresas, às grandes corporações.

**GEOVANINA** O tema da mesa é formação médica e a esse respeito já se falou sobre o fato de a mídia estar voltada para o poder da terceira idade, em função do aumento da expectativa de vida, tanto da mulher quanto do homem. A mulher viver um terço de sua vida biológica num estado de carência hormonal. Estes temas, atualmente, suscitam a discussão no meio médico e fora dele. Talvez



isso tenha uma relação muito íntima com a formação do profissional médico. Em outras épocas, já se discutiu isso, foi abandonado o debate e agora ele retorna. No início do século havia até uma marchinha de carnaval que falava a respeito de uma espécie de hormonoterapia, muito primitiva e pouco purificada, mas que tinha o princípio de estender a vida.

Como ginecologista, sei que estamos vivendo um dilema. As novidades que vêm do estrangeiro escondem interesses e pontos críticos, pois os fatos chegam aqui dez anos depois. Isto é, mais ou menos o que está acontecendo com os exames de rastreio para o câncer ginecológico, do ovário e principalmente da mama. A mastografia, a mamografia (raio-X da mama em que se vê a calcificação ou o câncer antes dele aparecer) continuam muito em voga no exterior e estão comprovados por estudos recentes. É uma nova tendência, porque, no início, como a mamografia era um exame caro e alguém inventou o mamógrafo, tinha que se usar o mamógrafo. Então, desenvolveram-se muitos trabalhos mostrando que a mamografia era importante. Agora o grande interesse é que se diminua essa incidência de pedido de mamografia, porque, hoje, o procedimento recomendado é o de a partir dos 35 anos em diante a paciente fazer mamografia. Quanto menor a crítica, maior o número de exames pedidos. O que acontece então é que, além do exame ser caro, e o médico pedir outros exames para subsidiar a sua dúvida quanto ao primeiro exame, ele ainda submete a mulher a um procedimento invasivo, com anestesia geral às vezes. Então, atualmente, o interesse das empresas de Medicina de grupo é mostrar que a mamografia não tem mais importância. Lógico que tem importância para as mulheres de perfil de risco, mas não como se pedia antes, a todas as mulheres dos 35 anos em diante. Isso tudo remete à formação médica, à autocrítica e ao consumo da tecnologia.

**FLÁVIO** Quería retomar a análise que a Leila desenvolveu e sua crítica às interpretações dicotômicas sobre a história do Brasil. Alguns estudos mais recentes (sobre a história da Medicina no Brasil) empreenderam uma releitura dessa suposta contraposição entre Medicina científica e Medicina não-científica. É uma releitura que preservou o modelo nos moldes dicotômicos, contrapondo um período pré-capitalista a um período capitalista. Assim, o período pré-capitalista teria como expressão superestrutural um conhecimento não-científico, conhecimento metafísico, enquanto o período capitalista teria a produção de um discurso científico, que era, nada mais nada menos, do que um discurso validador, elaborado para dar bases ideológicas sólidas à intervenção de certos grupos sociais. A divisão é mais ou menos a seguinte: no século XIX, havia uma concepção miasmática das doenças e isso geralmente levava a uma intervenção sobre o social. As medidas de intervenção no social obrigavam a uma reorganização do espaço urbano, num sentido reformista. Reformar o espaço urbano significava remodelar as condições de moradia e os equipamentos. Contra essa concepção pré-científica, pré-burguesa, os autores apresentam o surgimento de uma outra concepção, burguesa, científica. A ciência seria expressão do capital. E qual é essa concepção? É a concepção da etiologia pastoriana biologicista. Isola-se outras causalidades e detecta-se apenas na bacteriologia e a lógica do ciclo etiológico. Garante-se uma reprodução ampliada do capital e não se faz reformas. Há por outro lado uma leitura muito ingênua, sobre o Estado varguista, à qual Leila fez uma menção. Estudos recentes apontam, inclusive, que essas reformas sociais não são oriundas apenas de pressões anteriores, da classe operária dos anos 10 e 20, muito marcadas por manifestações e greves, mas também em função da organização de algumas categorias profissionais que disputavam espaço nos aparelhos de Estado. Os médicos foram extremamente importantes na formulação de todo o complexo sanitário que surge a partir de 30. Evidentemente exis-

tia, nos anos 20, um órgão nacional responsável pelas medidas sanitárias. O Serviço Sanitário Nacional teve como um dos primeiros diretores Oswaldo Cruz, seguido por Chagas, que, em 1920, fez uma reforma importante. Esses atores, os médicos, passam a ser importantes na reforma da saúde, que ocorreria no momento da criação do Ministério da Educação e Saúde, com Capanema.

É importante ver os próprios médicos como construtores desse Estado. Eles não são apenas cooptados. Eles, ao entrarem no Estado, estão levando já um movimento de interesses organizados, que modificam a estrutura desse Estado. Trazendo a discussão um pouco mais para o período atual, quero saber como os médicos, hoje em dia, percebem esse movimento de esvaziamento do poder do sindicato, a pouca representatividade, o baixo interesse em participação. Como isso tem sido discutido no meio sindical, que estratégias estão sendo apresentadas? Já ouvi o discurso de um representante sindical dizendo que isso é questão de luta de classes, e que o projeto neoliberal está vencendo. Neste debate estamos fazendo uma outra leitura em relação a essa concepção da profissão, do esfacelamento, da fragmentação da profissão, da constituição de outros interesses, portanto, constituição de outras arenas, que são capazes de negociar e monopolizar interesses.

**DAVID SOMBERG** Acho complicado dizer que a ditadura foi uma catástrofe. A ditadura foi extremamente competente, tanto que lançou as bases para o processo de inserção do Brasil no mercado internacional. No campo específico da Medicina, o que significou a reforma universitária de 68 e a abertura para empresas de Medicina de grupo na década de 70? A reforma universitária, quando amplia a possibilidade de abertura de escolas médicas, deixando-as quase sem controle nenhum, está lançando um projeto de proletarização, de fato, do médico: um monte de gente é lançada

no mercado, o salário desse profissional vai baixar, o profissional é fragmentado porque vai se organizar para segurar uma fatia desse mercado, para garantir o seu espaço dentro do processo todo. Quem lançou essa possibilidade foi o governo militar, por isso digo que ele não foi incompetente.

Uma parte do problema do sindicalismo, é tentar organizar as pessoas para discutir. O que me parece, e aí eu vou dar uma visão bastante pessoal, é que o discurso dos sindicalistas não avançou com o avanço da economia do país e com o avanço da estrutura social do país. Paralelamente a esse processo de democratização ocorreu a fragmentação da categoria também com a ampliação do número de especialidades, da subdivisão do mercado e a possibilidade de profissionais. Para citar o exemplo do Rio de Janeiro, que é uma cidade que tem mais médico por habitante do que o padrão ouro da OMS. Está aí o salário do Estado, do Município, duzentos reais, um demonstrativo de que há médico sobrando. O sindicalismo de hoje apresenta o mesmo discurso da época da ditadura. Não há mais inimigo comum, mas diversas frentes onde se pode atuar: na defesa da implantação do sistema único, na democratização do acesso ao sistema de saúde, entre outras. Neste encontro, estamos tentando propor um outro viés de discussão do sindicalismo, que não o travado no campo do sindicato.

**RENATO** Já identificamos o inimigo comum, que é a própria ignorância do médico com relação à sua profissão. Isaac Asimov, que foi um grande divulgador das novidades tecnológicas do século XX, escreveu um prefácio em que comentava uma discussão com um crítico de arte, que dizia que o século XX tinha sido um século de perdas para a arte, porque, afinal de contas, se perdeu muito em qualidade. Ele usava o exemplo da arquitetura, que, nos séculos anteriores, produzia casas maravilhosas e palácios suntuosos. E ele respondia que houve progresso, sim, porque, afinal de contas,

para cada palacete que se construía no século XIX, havia cinquenta pessoas que não tinham onde morar. Com relação à Medicina, temos que colocar em foco não só os problemas, mas o fato de que, há cem anos atrás, o acesso ao atendimento médico era restrito a uma parcela muito menor da população, apesar de hoje o acesso ainda ser difícil. Então, houve progresso. Temos que discutir de que forma pode-se aproveitar o fato de que mais gente tenha acesso ao sistema de saúde, para realmente promovermos saúde e bom atendimento à população.

**BERTINE** É muito triste observar a prática médica atual. Trabalho na área de saúde mental, que é a área, por excelência, da contradição humana. Além da contradição, é a área onde se vê claramente a questão das diferenças. E o profissional de saúde, nessa prática da saúde mental, o médico e a enfermagem, exercem o poder com muita coerção. Não vejo como se fazer a autocrítica. Como é que se ensina um profissional de saúde? Tenho mais de vinte anos de formada, fui pediatra durante muitos anos, tenho toda uma formação em Psiquiatria e em Psicanálise, e milito no movimento feminista há mais ou menos vinte anos. Nós, mulheres, temos uma contribuição muito grande a dar nessa questão da saúde. Como fazer um funcionário, um médico com curso universitário (a maioria dos médicos, por causa das especializações, tem pós-graduação), ter autocrítica? Há uma questão aí, que passa pela ideologia. A paixão de conhecer o mundo não se aprende na escola. Que sujeito é esse inserido no mundo? Qual é o pensamento que esse médico tem quando vai atender uma mulher, que às vezes sente algo que não sabe explicar? Mulher como a Macabéia, de *A Hora da Estrela* (livro de Clarice Lispector). Eu fico me perguntando sobre a prática atual dos novos profissionais da saúde, se a formação que tiveram é mais uma vez muito medicamentosa, porque medicamentosa não é só o remédio. É também a relação que você,

às vezes, estabelece. A prática médica, que tem um poder muito grande, às vezes atrapalha mais do que ajuda.

Então eu vou contar uma historinha bem curtiinha ocorrida recentemente sobre a questão do aborto, de uma paciente em surto psiquiátrico, uma paciente psicótica maníaco-depressiva em uso de lítio, e lítio dá má-formação, principalmente no primeiro trimestre, é uma medicação que necessita de controle laboratorial. Se é dado para mulher em idade fértil tem que se tomar muito cuidado. Só que essa paciente estava em surto e foi estuprada por um funcionário. Nós conseguimos levá-la para o Instituto Médico Legal, para delegacia da mulher etc., e ela engravidou. Nós ficamos até o sexto mês com esta mulher grávida porque nem as maternidades que fazem, por lei, o aborto legal por estupro, fizeram, porque os médicos se negavam. E aí entra a contradição, entendeu? As contradições no Serviço Público são muito grandes. Há duas maternidades no Rio de Janeiro — a Herculano Pinheiro e a Fernando Magalhães. Na Fernando Magalhães, o diretor nos recebeu muito bem, mas não quis nos ouvir e tivemos que recorrer à outra maternidade. Na outra maternidade, não havia nem anestesista. Para encurtar a história, ouvi tudo que se possa imaginar. Eu sou médica e posso falar muito tranquilamente que a categoria da saúde, no que diz respeito à prática médica, é a mais antidemocrática possível, é a que menos respeita a paciente e a que menos respeita uma paciente mulher, que sofre um estupro, que vai abortar, que não quer essa criança, pois a criança teve uma má-formação; essa mulher não consegue que a lei seja cumprida. Quem fez o aborto foi o diretor da Fernando Magalhães, porque nenhum médico assumiu fazer. "Porque vai contra os meus princípios religiosos"; que princípios religiosos? Que é isso? Uma paciente psiquiátrica em surto, que sofreu uma violência sexual, engravidar, em idade fértil, com uma medicação que é teratogênica, e as pessoas usarem este argumento? Na hora do parto, acompanhamos tudo. Sou a diretora da unidade e a nossa enfermagem

esteve lá o tempo todo, nós fizemos plantões, nos revezando, e durante os dias em que ela esteve internada na Fernando Magalhães. Na hora do parto e da indução, estivemos com ela. Eu fico envergonhada pelo que eu ouço dos colegas médicos: "Foi assim na hora que estavam fazendo com você? Como é que foi? Você gostou? Olha, tá vendo no que é que deu? Não pára de tomar o remédio psiquiátrico se não você vai entrar novamente num surto e pode ficar grávida outra vez!" Isso é falta de respeito com o ser humano! Isso eu ouvi. Isso não se aprende na escola. Não se aprende a ser sensível, a respeitar o outro, isso não está em manuais. Ganhamos em tecnologia e perdemos muito na questão da humanidade.

Em princípio, também sou contra o aborto e a ligadura como métodos anticoncepcionais. Por que o ginecologista não sabe que as medicações hormonais interferem no quadro psiquiátrico? Que a pílula não deve ser tomada com quilos de aldol, porque interação, e se a mulher esquecer de tomar é pior. Por que não se consegue ter uma prática diferente? Então, existe uma série de dados que envolvem essa questão da prática médica, mas como é que se atua criticamente em relação a isso? Dentro da Psiquiatria, precisamos ter como elemento a questão da cultura. Como vou valorizar uma mulher que chega com a história X, se eu nem sequer sei, na classe social dela, o que é valorizado, e de que maneira. Em Psiquiatria, quando alguém surge no ambulatório, no hospital, geralmente já buscou outras saídas para suas doenças, "em alguma outra rede". Ou já foi ao candomblé, à rezadeira; dificilmente vai, em primeiro lugar, ao hospital, ao ambulatório. E o que fazer, se, como profissional, não estamos abertos para escutar o outro, quanto à questão da reforma psiquiátrica? Estamos num péssimo momento, de brigas, contra ou a favor da reforma. Acaba se colocando de lado a questão do sucateamento do serviço público, principalmente na área da saúde. E essa reforma requer recurso humano, para o qual a prática médica não está preparada. O PAISM, por

exemplo, que é o Plano de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, a maioria dos médicos nunca ouviu falar nele. A reforma psiquiátrica é atual. A questão da AIDS requer uma mudança no modo de agir do profissional de saúde. É como é que o profissional, que trabalha na área da Psiquiatria, desconhece completamente e não valoriza, não legitima aquela cliente que está chegando? A questão da condição feminina é terrível. A hora do parto é uma hora muito singular, de um sofrimento e de uma solidão muito grandes, mesmo que se tenha o apoio dos amigos, dos familiares. Não adianta você achar que é muito bonito ter filho, é bom ter filho quando se tem todo o aparato, assim mesmo é um momento de muita solidão. É como o aborto, não adianta ninguém dizer que é contra ou a favor na hora que a mulher tem de decidir. Ela tem que ter esse direito de decidir, sim. Fico assustada com a questão das mulheres, hoje em dia, medicalizarem. É claro que há uma rede grande no mercado, do capital, da questão ideológica no tratamento da menopausa e do climatério. São fases da sexualidade, assim como a gestação o é. É uma fase da sexualidade. O que acontece é que é medicalizado qualquer calor que a mulher tem. As pacientes do ambulatório chegam dizendo: "eu estou com calor, acho que estou na menopausa, e acho que tenho que começar a tratar, a tomar hormônio." Ela é doente psiquiátrica, ela faz uso de medicações pesadas, às vezes é hipertensa, e aí? Ela ouve o tempo todo que tem de ser tratada. Ela vai ao médico ginecologista e ele diz que tem que começar a tratar. Pode ser que ela tenha 40 anos. A cada dia, a mulher está menstruando mais tarde, há pesquisas mostrando isso. Você hoje em dia pára de menstruar com 40 anos. Então, o que se faz com essa formação? Às vezes eu fico meio desesperançada. Na questão da reforma psiquiátrica, dependendo do profissional que entrar, como é que ele vai atuar numa reforma psiquiátrica que exige uma outra prática, que não seja a prática do asilo, de medicalizar o tempo todo (na relação ou na medicação), não olhar aquela pessoa como um ser que tem direito de ter liber-



dade de alguma forma. Temos que batalhar para que o projeto de lei seja regulamentado, fiscalizar sim, tentar ter o máximo da população junto conosco porque temos dentro da Psiquiatria a federação dos doentes mentais, dos familiares. É uma tarefa muito pesada de se levar. E eles estão lá na fiscalização e não faltam, estão lá e estão criticando. Não adianta fazer reforma por fazer. Que prática é essa que a gente vai exercer com a reforma? Senão faremos outros tipos de asilos, nos hospitais-dias, nos hospitais-noites.

**JOSÉ MARCOS** Eu queria retomar um pouco uma colocação que o David fez sobre a proletarização da Medicina, que tem dois aspectos bem distintos: um diz respeito à proliferação das escolas de Medicina na década de 70, principalmente. E um outro ponto de vista, que chegamos a abordar de manhã, mas não se avançou, é a questão da remuneração e da estratificação da classe médica hoje em dia em relação ao século passado. Ela era mais ou menos homogênea, eram profissionais liberais, eram de uma classe relativamente abastada em relação às outras profissões. E hoje temos médicos de primeira até enésima categoria, que trabalham nas condições as mais diversas possíveis. Alguns com acesso a tudo que há de mais moderno em termos de técnica médica, e outros que trabalham em condições absolutamente execráveis. Do ponto de vista da estratificação, são dados mais relacionados ao gênero, principalmente à questão da inserção da mulher no mercado de trabalho e em determinadas especialidades. Eu cheguei a colocar o exemplo da urologia. Eu não conheço nenhuma médica urologista. Eventualmente alguém conhece uma, e por aí vai. Em pediatria, conheço mais mulheres e menos homens. Isso é uma coisa muito difícil de trabalhar dentro da formação médica, porque algumas mulheres se sentem abraçadas por algumas especialidades, desistem por saber que não vão se inserir no mercado de trabalho depois de fazer

a sua formação técnica na especialidade. E isso passa em brancas nuvens mesmo nas especialidades cirúrgicas. O que interessa é o mérito individual daquela médica, não alguma coisa institucional, que favoreça a inserção desse tipo de profissional. Agora, é fácil, aparentemente, pelo menos para nós que temos uma certa vivência no assunto, fazer essa etapa de identificação e de reflexão sobre o problema. No entanto, a discussão sobre nossa intervenção nesse campo é um pouco difícil. Eu, que trabalho na universidade, na área de ensino, não trabalho só com formação de médicos, mas também de outros profissionais — enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. Temos tentado fazer, como uma experimentação, melhorar o ensino, investir mais na formação do que num ensino muito técnico-normativo e informativo. Porque, com a velocidade com que o conhecimento está avançando, é quase que impossível transferir um volume enorme de novidades que aparecem. Não se prepara o profissional para receber o novo. As pessoas continuam anos a fio absolutamente impermeáveis às novidades como, por exemplo, na questão da mamografia. Os médicos que se formaram nos últimos cinco ou dez anos têm como rotina solicitar mamografia a partir dos 35 anos; foi ensinado isso na escola para eles. É muito difícil você remover isso porque não há educação médica continuada. Essas pessoas continuam praticando aquilo que elas aprenderam. Uma pessoa que trabalha na Secretaria Estadual de Educação, que está ligada ao movimento de saúde, disse que é impossível treinar profissional de saúde, porque as pessoas se fecham dentro de sua especialidade e não admitem nenhum tipo de intervenção. David, Juan, as pessoas da AMERERJ, e também Leila, Luciana, Jacqueline da CEPIA, que trabalham com a questão da cidadania, qual é a discussão que se faz na esfera desses movimentos sob a intervenção nessa realidade, que é, vamos dizer, a democratização do acesso da mulher ao mercado de trabalho na Medicina e também em relação a uma homogeneização por cima da prática médica? Tem-se nivelado por baixo a prática mé-

dica. Todos os programas se voltam para fazer um nível de Medicina um pouco abaixo daquilo que se considera o que há de melhor.

**LUCIANA** Há uma palavra que o movimento feminista cunhou, a palavra “cuidado”. A idéia de cuidado, pelo que entendi, surge através de um pensar a prática da enfermagem, que é, na sua maior parte, feminina. São as enfermeiras que cuidam de tudo que diz respeito mais diretamente ao corpo do paciente. O médico fica só na instância decisória: delega as tarefas e não está preocupado diretamente com a execução, ele só checa. Quem está implicado com o paciente de forma mais pessoal, ali, misturado com o paciente, é a enfermagem. As enfermeiras por isso falam muito em cuidado, e aí que eu comecei a me dar conta. Elas atribuem este tipo diferenciado de atenção ao seu perfil feminino. Se isso é algo historicamente construído como feminino — e parece que tem uma certa história que mostra que é —, eu como médica não tive acesso a isso de forma direta na minha formação, onde prevaleceria portanto um modelo mais “masculino” de atenção. No contato com a militância feminista da enfermagem entendi que há uma diferença sim, e grande, maior do que se supõe entre nós, na nossa formação profissional. Historicamente as mulheres são percebidas como se estivessem mais ligadas ao plano do privado, facilitando a cumplicidade e a solidariedade com o paciente. As enfermeiras, em sua grande maioria mulheres, estariam identificadas com isso. Parece que quando as mulheres (e os homens) não aderem ao paradigma hegemônico do curso médico, incorporando a “masculinização” da atenção, que representaria um modelo de relação mais distante, acabam por buscar formas próprias, acabam por instituir o cuidado. Surge aqui então a identificação com o paciente. Isso funciona basicamente em cima de um paradigma solidário entre o profissional de saúde e o paciente. Os dois estão implicados, fazem parte da mesma realidade, vivem a

mesma miséria, inclusive da falta de recurso, estão implicados no mesmo momento existencial, na mesma história. O cuidado surge aí, nessa relação solidária. Então eu acho que o feminismo, enfim, o movimento social, quer trabalhar a idéia de cuidado pelo seu potencial humano, sabendo que não é hegemônica, melhor dizendo, é contra-hegemônica. Muitas mulheres atuam nesta linha e não se sentem representadas nos órgãos que tradicionalmente deveriam representá-las. Aqui entra uma discussão da crise de representatividade. Quais são as estratégias que sindicatos, associações etc têm para dar conta do problema? Talvez seja tentando entender, incorporar, metabolizar outras formas de se relacionar, como sugere esta discussão sobre o cuidado.

**MADALENA** Eu estava aqui pensando em como poder falar da reforma psiquiátrica sem interromper essa discussão que está mobilizando bastante as pessoas. Quando se fala da relação entre as pessoas, podemos falar da questão da reforma (porque, no Brasil, quem milita na saúde mental conhece bem o que se tem hoje do resultado da prática psiquiátrica hegemônica no país). O que se tem é zero de resolutividade de todo o investimento que se faça nesse modelo manicomial na Psiquiatria. E aí, com essas mudanças todas e a questão, no Brasil, de se resgatar a cidadania, a reforma da Psiquiatria se tornou premente. Quer dizer, quando se fala hoje de uma ética em que haja uma nova relação médico-paciente, em que haja uma outra escala de poder entre indivíduos, em que o outro tenha direito à palavra, ou tenha direito a questionar, vemos que, na Psiquiatria, vigora um modelo arcaico. Porque a primeira coisa que o louco perde é o direito à palavra. É a credibilidade. A partir do momento em que a pessoa é considerada doente psiquiátrico, automaticamente perde a credibilidade. É claro que isso representou, no Brasil, a possibilidade de um abuso muito grande no sentido de se usar a Psiquiatria como instrumento jurídico para

encarcerar as pessoas. Hoje, o único profissional que tem direito a condenar à prisão perpétua, no Brasil, é o psiquiatra. Se você quiser, como psiquiatra, deixar a pessoa pelo resto da vida dentro de um manicômio, você tem esse poder. Mesmo se esse paciente não for tutelado. Juridicamente há esse poder. Se questiona muito, no movimento médico, a parte da lei que trata da necessidade de você informar uma instância jurídica, quando for uma internação involuntária. Os médicos, em geral, encaram como uma ameaça ao poder, ao seu poder, à sua decisão médica, mas esquece que, por conta disso, imensas injustiças têm sido feitas. Se você, como profissional, tem absoluta tranquilidade sobre seus procedimentos, sobre as razões da necessidade de uma internação, você não tem por que temer que isso vá ser colocado em questão. Você vai ter os argumentos, você vai ter toda uma série de justificativas para que aquilo se dê. Isso vai servir como um anteparo para as imensas injustiças que são feitas, que são detectadas, ainda até hoje, neste país. Essa parte da reforma serve para proteger as pessoas do poder médico que, muitas vezes, pode ser mais do que um poder médico. É um poder de encarceramento das pessoas. Então, quando se pensa em reformar tais práticas, em repensar as relações médico-paciente, médico-cidadania, estamos falando das pessoas como cidadãos que têm que ter alguns direitos preservados e possíveis de serem protegidos via esse tipo de legislação.

**ANNE** Gostaria de falar sobre a qualidade do médico, do atendimento e do respeito ao paciente. Me ocorre que isso é uma questão de educação básica, que é o que falta às pessoas, nos hospitais, entre os médicos. As pessoas não têm educação mínima. Fica muito difícil falar em como ensinar, como atender um paciente, para algumas pessoas que não sabem nem o que é ter o respeito de ouvir o que outra pessoa tem a dizer. Podemos até ser mais sensíveis, menos sensíveis, mais humanos ou menos humanos. Isso importa

muito pouco. Quando se presta um serviço médico, tem-se que ver a questão profissional antes de tudo. Você está tentando atender uma pessoa que espera de você um serviço, pelo menos que tente melhorar a vida dela. Pode até não resolver o problema, mas tem que melhorar a vida que está ruim. Senão, ela não lhe teria procurado. Antes de tudo, tinha-se que ensinar nas faculdades até mesmo o que é cidadania, o que é ter respeito pelos outros. Porque encara-se muito o paciente como um ser diferente. Primeiro: o paciente é aquele que vai lhe procurar porque está mal e não temos, em momento nenhum, realmente a noção de que ele é um de nós. Isso é muito agravado pelo fato de as pessoas não terem uma educação básica mínima. Que educação básica mínima é essa? É saber o que há em volta. É realmente conhecer o que está acontecendo, ler um pouco, se preocupar também em ficar nos corredores, e não somente nas salas de aula. Ver como é que as pessoas se comportam. O problema, na verdade, é muito mais grave do que simplesmente ensinar a ser humano. A mulher, quando ela entrou no mercado de trabalho, e até mesmo dentro da questão médica, sofre muita discriminação, porque durante muitos anos, o espaço que ela ocupou foi muito restrito, ela perdeu muito acesso. Até mesmo porque houve uma divisão muito séria, muito severa, dos papéis da mulher. E quando, finalmente, ela tenta voltar ao mercado de trabalho e ter um novo acesso ao espaço, que teoricamente pertencia aos homens, ela vem com uma carga e com uma bagagem pesada por muitos aspectos: conhecimentos holísticos, uma boa educação. Mas ela vem muito carregada da famosa intuição feminina, que é o que lhe sobrou. Ela tomou o espaço todo que era pequeno, era de baixo, mas o ocupou todo e com isso, realmente, estabeleceu bases muito fortes. A mulher apresenta aspectos novos, muitas vezes discriminados. A mulher é aquela que tem mais paciência de ouvir. Aí fica muito claro toda a importância de uma educação que durante muitos anos foi realmente discriminada. Os homens iam fazer tais coisas, as mulheres iam fazer outras coisas.

As mulheres eram formadas para serem professoras, isso era uma coisa normal. Eu pessoalmente fico muito surpresa em ver que todo mundo a partir de uma certa faixa etária tinha formação de professora. Todo mundo ia ser professora. Por que elas teriam optado por isso? Depois eu vim a saber que não. Na verdade, a formação era esta: se fazia Escola Normal para poder ser professora em algum momento da vida. Era muito restrito o mercado para mulheres. Como é o mercado de trabalho agora entre as mulheres? É o momento em que elas estão entrando e começando a estabelecer um lugar, e a mudar as coisas. É difícil, ainda, tirar conclusões. A coisa está fervilhando; até mesmo o tipo de discussão que estamos tendo aqui seria impensável há trinta anos. E eu volto realmente ao meu ponto básico, a educação. Eu dou aula há onze anos, em colégio e faculdade para uma classe média baixa. O terceiro grau para o qual eu dou aula é o da Faculdade Nuno Lisboa. É outra realidade. É muito estranho ver, dentro da sala de aula, como funcionam as cabeças dos homens, que são pais de família, trabalham, estão ali pagando para ter acesso ao terceiro grau. Eu sou aluna da UFRJ, que é outra realidade: as mulheres, que são mães de família, trabalham e têm a preocupação de querer estudar. É muito interessante ver os embates internos, todas as crenças. Assim se vê o quanto a educação é importante. No início, quando comecei a dar aula na Faculdade Nuno Lisboa, estava muito preocupada com o conteúdo programático puro dos conhecimentos de ponta que tinha de transmitir, porque o MEC me pediu o roteiro básico. Então o currículo mínimo é esse e eu tenho que cumprir. Eu comecei a ver que eu tinha outros problemas a tratar. Primeiro, os alunos não sabem fazer contas. Multiplicação de fração é algo do além. Alguns homens sabem, porque trabalham mais com isso. Mas para as mulheres, é impressionante: como é que isso não existiu na sua formação? Temos que pensar maior: onde é que ficou a educação básica dessas pessoas? Onde é que ficou o primário? Essas pessoas me consideram professora nem tanto pelo

conteúdo que eu assumo, eu diminuí a quantidade, diminuí o nível do que eu passo a eles porque optei por passar o mínimo do que eu acho razoável, inclusive ensinar a pegar um artigo e ler, que nem isso eles têm noção do que seja. Já fizemos muito isso: sentar e ler juntos. Porque as pessoas não sabem ler direito e não sabem escrever. E estou falando de pessoas que têm trinta, trinta e cinco e quarenta anos. Pessoas que fazem parte da população ativa, classe média baixa, são as pessoas com que cruzamos na rua. É assustador, porque a educação foi-se embora. Então fica muito difícil que alguém, como um médico, do meu lado, saiba entender e respeitar durante o parto, porque eu acho que eles não têm noção nenhuma, de nada, nunca lhes foi passado, nunca pararam para pensar. A verdade é essa. Sinceramente, não fico surpresa. Está inserido no mesmo contexto da falta de educação total. As pessoas estão sobrevivendo. A impressão que às vezes me dá é essa, de uma pura sobrevivência. Temos que nos questionar muito dentro de qualquer área que a gente trabalhe. Temos sempre que pensar no fator educação. E passar adiante o que nós aprendemos.

**ALAN** Temos que mudar a estrutura, o problema não é o médico, o problema são todos os profissionais envolvidos. Temos que começar a pensar nisso.

**ANNE** A Medicina é uma profissão de muito poder. É por isso que o médico fica muito em evidência. Por ter mais poder, também, ele é o primeiro com que ficamos escandalizados. Porque eles estão em evidência, devia-se exigir, antes de tudo, que essas pessoas fossem bem-educadas.

**RENATO** Vou tentar reunir a discussão da educação com a discussão da perda da representatividade de classe. O interesse pela po-



lítica, de alguma forma, nasce com a cultura. Mas acontece que as pessoas têm um baixo nível cultural: a educação é forjada para preparar o indivíduo para o mercado de trabalho e não para a formação cultural. Da mesma forma, a faculdade de Medicina é feita para formar o indivíduo enquanto técnico, e não enquanto profissional. Essa alienação política vem desde a infância, ela é maturada na faculdade quando você é colocado contra a parede. Ou você estuda o dia inteiro e se torna um bom técnico, ou você nunca vai ser um bom médico. E, no final das contas, isso também gera uma crise de representatividade. Se as mulheres não se identificam com o movimento feminista é porque, na verdade, a maior parte da população feminina está desinteressada pela política. Da mesma forma como não se consegue ter representatividade, a AMERERJ não consegue ter representatividade junto aos residentes, porque eles vinculam a atuação de uma entidade de classe a uma luta política. Aí tem um monte de fatores inclusive todo o período da ditadura, que abafou totalmente a formação política do brasileiro. A maior dificuldade é tentar sair daqui e ampliar esse debate, porque a maior parte das pessoas não estão interessadas nesse tipo de debate, a maior parte dos médicos não vai estar interessado nesse tipo de debate, porque ele é meramente um técnico e supõe que essa parte política está alheia, está alienada do dia-a-dia de seu trabalho. Quando não é verdade. Numa definição reducionista, se está fazendo política o tempo todo, inclusive quando se está atendendo um paciente. As relações humanas todas são de alguma forma políticas.

**DAVID SOMBERG** Sobre a falta de representatividade, acho complicado dizer que isto acontece porque as pessoas não têm educação. Quer dizer, a questão não é exatamente essa, existe um problema que é paradigmático. O problema não é do médico, não é da formação médica. É da sociedade. Existe um paradigma indi-

vidual que está sendo sedimentado no final do século, que está sendo levado a cabo via a falência de modelos globais. Hoje, não existe projeto global no mundo que esteja se contrapondo a esse modelo que vem sendo gestado. No Brasil, por exemplo, só há um agrupamento, hoje, de que você pode dizer: não, aqui existe um projeto para o país. O PFL. É o único projeto de país que existe. E que está sendo levado a cabo porque entrou no vácuo, não existe ninguém ocupando esse espaço. Paulo Gabriel falou de como deve se dar essa mudança no paradigma da formação. Quando entramos no movimento estudantil, tínhamos uma visão romântica, de que o aluno entrava muito bem-intencionado na faculdade e ia sendo deformado pelo processo, pela estrutura do currículo, estrutura da formação que é deformadora mesmo. Porque ela já começa esquizofrênica. Ela já começa ao contrário do que deveria ser. Quer dizer, quando você percebe a realidade, você chega nessa sala e não conhece ninguém. Aí olha um grupo de pessoas dentro de uma sala, e percebe uma relação. Dentro dessa relação, você vai identificar áreas de interesses suas e, dentro dessas áreas, você vai afunilando. A formação médica é o contrário. Ele começa percebendo a fosforilação oxidativa, a partir daí, cria um corpo molecular que vai levar uma célula a tecido ou a um ser vivo que talvez adoeça. Quer dizer, é absolutamente esquizofrênico, já começou errado daí. É um modelo que é deformador, só que o problema é que, depois de termos trabalhado um tempo no Movimento, começamos a fazer política e percebemos que o aluno não é deformado por esse tipo de formação, ele já vem deformado. Ele já vem deformado porque toda a organização social, toda a estruturação do ensino, todas as inferências que ele recebe, o tipo de massificação já o formaram antes. Existia um projeto no âmbito do movimento estudantil, na área médica, de reforma curricular. Chamávamos o projeto de transformação do ensino médico. O que está errado com o nosso currículo? O aluno não tem que sair da faculdade sabendo diagnosticar nefrolitíase? Tem. Não tem que

saber pedir tomografia? Tem. Tem que saber que determinadas coisas vão ser operadas? Tem. Tem que saber como é que trata diarreia? Tem. Isso tudo está contemplado no currículo. A questão é como isso está contemplado, que priorização isso tem e a forma como isso é passado, que é absolutamente esquizofrênica, pré-científica e fragmentadora da realidade. Então, basicamente, o projeto que se tinha era o de se cientificizar um pouco o acesso ao conhecimento, do que é mais geral para coisas menores, que exijam maior necessidade de raciocínio, de elaboração. Na faculdade pode-se usar realidade virtual, peça em acrílico, mas só isto não basta. O aluno acaba indo lá trabalhar com promoção de saúde, vai para o posto de saúde discutir como que se organiza a sociedade, o que ali dentro é agravo à saúde, o que interfere no processo, que deveria ser natural, do crescimento, enfim, por que existem alterações, onde a simples organização do processo social e uma interferência com tecnologia de baixo custo (dentro da relação da instituição de saúde com o grupo) interferem na promoção da saúde. A partir daí o aluno está apto para desenvolver determinadas habilidades, ele vai ascender a um nível mais elaborado, até chegar ao fim da faculdade e voltar para o nível primário com tudo na cabeça, quer dizer, como se dá a estratificação do atendimento, como é o processo, como é que ele circula dentro desse sistema e como se faz para, da melhor forma possível, da mais ágil possível, atender, recuperar ou reabilitar. Só que isso dá trabalho: tem que pensar, tem que ler, tem que estudar. Esse projeto passou a ser discutido na Holanda, no Chile, no Canadá, que tem uma experiência que era muito semelhante, até que os médicos trouxeram muito conhecimento de lá. Houve propostas de financiamento para grupos-pilotos que montassem uma empresa como a Mac Master em outros países, basicamente no Chile. E aqui no Brasil, aconteceu de as pessoas acharem que isso dava muito trabalho e preferiram optar por uma nova forma, porque aquilo era muito autoritário, um projeto que já estava acabado. Aqui, há um consenso? Todo

mundo concorda que deve haver saúde para todo mundo? Todo mundo é de consenso que o médico é mal-formado? Em nome desse democratismo, o Congresso de Médico-Residente discutiu alguns projetos: democratização do fluxo de informação, informatização da relação entre as associações do Brasil inteiro, priorização da discussão da especialização médica no âmbito de uma possível legislação que regulamentasse a forma de especialização que não é dada contra a exploração dos médicos que não ganham nada, enfim. Discutimos democraticamente. Enquanto isso, nossos amigos democratas estavam armando, no conchavo mais clássico, a nossa rasteira. Está valendo a velha prática: primeiro eu ocupo o meu espaço e aí, depois, vejo o que dá para fazer. Por que não há representatividade? Porque não há projeto.

**JACQUELINE** Nós, da CEPIA, estamos muito contentes com essa relação entre duas entidades da sociedade civil, que estão aprendendo a se conhecer: uma ONG e uma associação profissional. Tenho algumas questões sobre a identidade do movimento social. Como é que vamos identificar um movimento social e, mais particularmente, como identificar o movimento social feminista ou o movimento de mulheres, que não é exatamente a mesma coisa? Quais são os parâmetros com os quais você tece essa identidade, porque isso tem a ver com a possibilidade de atuação conjunta e tem a ver com o papel que esse movimento pode julgar. O fato de que nas faculdades de Medicina, em geral, tudo o que diz respeito a direitos reprodutivos, a planejamento familiar, à regulação da fecundidade, ao aborto etc. têm um peso tão pequeno, reflete de fato o peso da mulher na sociedade brasileira. Quer dizer, não é à toa, isso não acontece assim por acaso. Como qualquer outro campo, um campo de saber é um campo de poder, como qualquer outro campo, a Medicina só se constitui, só encontra a sua lógica, no nível da formação curricular, se você buscar a explicação extra-

muros. Então, a Medicina, assim como a Igreja, se constituiu durante séculos como uma fonte de saber eminentemente masculina, portanto associada com o dominante na sociedade. Só agora, muito recentemente, a condição da mulher na sociedade brasileira tem sofrido transformações significativas. Inclusive a partir da última Constituição. E o peso do movimento feminista como força política é muito recente: estamos falando de duas décadas, e não de mais do que isso. É uma história de exclusão muito longa. A história do discurso político da mulher através do feminismo é ainda muito recente, mas tal discurso é transformador e questionador, e tem tido influência direta nas relações de poder. Isso explica por que só agora estamos sentados aqui, tentando dialogar e estabelecer um colóquio sobre essa temática. E, por exemplo, se tomarmos inclusive a questão do aborto, há menos de vinte países no mundo em que o aborto é totalmente proibido. São países em que o peso da Igreja católica ou o peso teocrático da religião islâmica tem uma força muito grande. O fato de a discussão sobre o abortamento legal no Brasil ser ainda tão tímida hoje tem a ver certamente com o peso político dos segmentos conservadores, na sociedade brasileira. Agora, o fato de que a gente esteja podendo trazer essa questão hoje, aqui, também demonstra o quanto avançamos. Na discussão do aborto cada ator político vai trazer um discurso e vai dar relevância a certas temáticas. A força política vai se configurar na medida em que a discussão deixa de ser a fala e a expressão apenas daquele movimento, e passa a ser incorporada ao discurso maior, naquele discurso que a sociedade vê como legítimo. Isso representa um ganho. Hoje, por exemplo, no Congresso Nacional, de acordo com uma pesquisa recente, mais de 40% dos congressistas são a favor do abortamento no país. Se imaginarmos que o Congresso porta as características do Brasil, percebemos que a discussão está avançando aos poucos. Vamos tratar, então, essa questão do aborto em uma dimensão, digamos assim, política, acompanhando o conteúdo e a visibilidade do dis-

curso sobre o tema. Anteriormente não se falava em aborto, tema maldito, um tabu, colocado numa espécie de limbo onde ficam as questões incômodas. Então, houve todo um trabalho do movimento feminista em retirar o aborto dessa zona de silêncio, que é a zona de interdição, e de falar sobre essa questão. Isso eu diria que foi uma luta dos anos 70 e início dos anos 80. Até que debater e falar sobre o aborto transcendeu a fala entre mulheres, que fizeram clandestinamente o aborto, e passou a ser um tema de discussão pública pela Igreja, pelas mulheres, por alguns setores médicos, dentro das universidades etc. Depois, por uma série de processos políticos, se fez política pública sobre saúde da mulher nesse país, quer dizer, esse país foi um dos primeiros países da América Latina a ter um Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, instaurado em Brasília, que realizou algumas políticas públicas, interagindo com o Ministério da Saúde. Enquanto eu estava na presidência do Conselho Nacional, tive que lidar com quatro, cinco ministros diferentes da Saúde, tentando colocar a reprodução em um plano de direitos. Hoje se retoma o debate sobre a questão do aborto. O que se coloca é sempre uma questão de cidadania. Quer dizer, quando chega uma mulher estuprada no Hospital Fernando Magalhães, para que façam nela um abortamento, ele tem que ser feito. Não é um problema do médico e sim daquele serviço médico. Eu acho que isso é um avanço que São Paulo já conseguiu e aqui no Rio estamos caminhando para isso. É colocada a discussão ao nível de cidadania e aí sim, se está colocando a questão do poder e do Estado, a relação indivíduo-Estado. Toda essa nova esfera dos direitos reprodutivos, que se está discutindo aqui, alarga a idéia de direito individual e redefine o papel do Estado, porque só se pode realizar aquele direito individual na medida em que há já um compromisso e uma atuação do Estado. A questão da formação médica é fundamental não no sentido apenas da formação técnica; ela é muito mais no sentido intrínseco de formação para cidadania. Não é apenas a aprendizagem tecnológica e técnica, mas é também a apren-

dizagem do exercício da cidadania. Hoje é impossível, nos currículos médicos, na formação médica, especialmente na Ginecologia e na Obstetrícia, deixar de lado essa questão de direitos reprodutivos.

**GEOVANINA** Não só na questão do aborto por estupro a lei tem sido descumprida por posições pseudo-moralistas. Conheço o relato sobre uma paciente de dezenove anos, cardiopata grau IV, que faleceu dentro do Hospital Universitário porque os profissionais da Obstetrícia tiveram pudor em fazer o abortamento, que estava mais do que indicado. Para este fato, deve ser dada a dimensão, a gravidade do não-cumprimento da lei e a idéia de “jogo” com a vida das outras pessoas.

**LEILA** As limitações do sindicalismo não são exclusivas do setor médico, mas há uma crise geral do sindicalismo. É uma crise internacional. Há uma perplexidade que não só é dos médicos, ou só do sindicalismo brasileiro. É um processo muito mais amplo.

Tentando entender o problema do sindicalismo brasileiro, incluindo o sindicalismo médico, não devemos esquecer que o Brasil tem uma longa história de corporativismo. Isso está presente tanto no sindicalismo como no feminismo e nos movimentos sociais em geral. O esforço da CEPIA de conversar com os médicos também é uma tentativa de fazer uma autocrítica sobre um certo corporativismo feminista. E para isso nos abrimos para temáticas mais gerais com amplos setores da sociedade. Estamos aqui, hoje, com médicos, como poderíamos estar com advogados, operários ou empregadas domésticas, por exemplo.

Deve-se destacar que o sindicalismo brasileiro, na perspectiva corporativista, incorpora muito pouco a questão de gênero. Ou seja, subjaz a idéia de que certos temas, certos atores e certas ques-

tões não devem ser discutidas no espaço do sindicato, considerado um espaço político. Nessa concepção a política é reduzida à relação com o Estado ou à relação com o patrão. Não se percebe que a discussão de questões de gênero, raça e sexualidade são extremamente políticas.

Outra questão da atualidade é o interessante debate sobre o controle externo do judiciário pela sociedade. A democratização ainda deixou oculto esse poder e a sociedade tem exigido uma maior transparência. Esse debate suscita outros, e relação a outras instâncias e instituições que também precisam de um controle externo, necessário para limitar outros poderes que interferem diretamente sobre nossos corpos, nossa liberdade e, em última instância, sobre nossa cidadania. Dentre esses poderes que também precisam ser democratizados, está certamente o poder das instituições médicas.

Voltando à questão do corporativismo, deve-se destacar também que dentro dessas instituições financeiras há grandes diferenças entre determinadas áreas consideradas mais nobres e outras menos nobres. Há diferenças entre médicos homens e mulheres, brancos e negros. Seria muito importante que a AMERERJ pudesse fazer um mapeamento da profissão, incluindo os percentuais relativos a gênero, raça, origem social. Tenho a impressão que o percentual de médicos negros ainda é muito baixo e o número de mulheres, além de baixo, deve estar concentrado em especialidades consideradas menos nobres. Alterar esse quadro seria uma possibilidade de romper com o corporativismo de gênero e raça. As corporações além de defenderem os interesses de determinados grupos tendem a ser ainda mais corporativas quando o grupo é majoritariamente formado por pessoas de uma mesma cor ou sexo. Outra questão citada nesse seminário está relacionada ao aborto. Todos nós sabemos que, desde 1940, o Código Penal apresenta duas situações onde o abortamento não constitui crime, se realizado por médico: quando há risco de vida para a mãe ou quando a



gravidez é resultante de estupro. Todos nós sabemos, também, da grande resistência de médicos e instituições médicas de interromper a gravidez resultante de estupro. Ou seja, o poder médico-institucional cria resistências para o cumprimento da lei e não garante o direito da mulher, baseado em norma legal. Certamente, ao se negar a proceder a essa interrupção, poucos médicos de instituições públicas de saúde sabem que estão cometendo crimes previstos no Código Penal – crime de prevaricação e crime de abuso de poder, típicos de funcionários públicos que deixam de cumprir com o seu dever. Isso significa que o funcionário público não pode sonegar serviço que ele tem obrigação de prestar. O médico tem o direito de alegar escusa de consciência, mas o hospital público tem o dever de atender às mulheres nessa situação, indicando outro médico para o atendimento. Nesse sentido, há mais de cinquenta anos, as instituições públicas de saúde deixam de cumprir a lei, exercendo seu poder sobre as mulheres para além do disposto na legislação brasileira. Certamente, os médicos precisam se resguardar e, para isso, leis municipais existem e definem as regras para a realização do abortamento legal. Mas o médico e os hospitais públicos não podem simplesmente dizer “eu não faço”. Isso é sinônimo de “eu não cumpro a lei”. É expressão do autoritarismo, tão enraizado nas práticas do Estado, nas instituições sociais e nos indivíduos.

O objetivo da CEPIA é debater todas essas questões sobre sindicalismo, corporativismo, autoritarismo e exclusão de gênero e raça, dentre outras; discutir assuntos como a dívida externa e o abortamento. São questões aparentemente diversas, mas que devem ser tratadas tendo a democracia e a cidadania como parâmetros.

**RENATO** Chocou-me um pouco a crueza com que você descreveu, em outro momento, a pena perpétua sentenciada pelo médico ao interno do manicômio judiciário. O médico, mesmo não tendo uma

boa prática dentro do manicômio judiciário, está fazendo o papel de perito, contratado pelo sistema judiciário. Esse poder é delegado pelo Estado. Há que haver discussão sim, pois a culpa disso não é só do médico. Considero um pouco exagerada a forma como você se expressou.

**LEILA** Não considero que a culpa dos problemas do judiciário seja só dos juízes. A estrutura do judiciário comporta juízes, mas também defensores públicos, ou seja, atores outros que venham a atuar junto ao judiciário. Os defensores públicos não cumprem o que têm que cumprir. Deviam estar nas delegacias tratando das prisões ilegais. Os promotores de justiça e advogados, da mesma forma, não cumprem. Os serventuários da Justiça são corruptos. A estrutura do Judiciário é muito complexa. Os peritos muitas vezes negligenciam uma obra que não está correta, e a obra desaba. Na realidade, quando o perito é um engenheiro, que diz que a obra não está boa, e ela desaba, o erro foi do perito, e o juiz endossou. O juiz vai se basear num laudo médico (tenho acompanhado vários processos na área de Direito Penal, na área de crime, e a Psiquiatria, desde o final do século passado, entrou no Direito — a Psiquiatria Forense tem um peso fortíssimo nas decisões judiciais). Qualquer homem que mata uma mulher alega violenta emoção e se interna numa clínica psiquiátrica. O poder do médico é usado indistintamente, não apenas contra os homens ou contra as mulheres. Em julgamentos de homens que matam mulheres, o réu perde a razão, se interna, pega uma pena mínima, e recupera a razão rapidamente... Então, na realidade, o Direito e a Medicina fizeram um casamento fantástico desde o século passado. O juiz delega a um saber médico, a prisão, a liberdade ou não, de quem cometeu um crime, a interdição não significa apenas o criminoso ficar na casa de saúde. É uma morte civil. O interdito, o louco, não pode assinar um documento; ele perde a voz, a palavra, a legitimidade,

dinheiro, herança, direito à moradia, enfim, tudo! É uma morte em vida. Um laudo de interdição é muito grave. O que eu questiono é essa dobradinha médico-juíz, Medicina-Direito, que deveria ser mais complexificada. Quem anda pelo interior do país já deve ter ouvido falar muitas vezes disso. Eu já escutei várias vezes, em feiras do Nordeste, fazendo pesquisa, pessoas dizerem: pois é, houve um tempo em que eu era louco, aí me amarravam numa árvore; agora eu estou aqui na feira, vendendo farinha. Há nessas regiões uma possibilidade social do louco de ontem não ser o louco de hoje, do mendigo de ontem não ser o mendigo de hoje. Há uma certa tolerância social com formas de comportamento que talvez num grande centro urbano sejam intoleráveis. Há, portanto, uma grande relatividade nesse mundo das patologias psíquicas; a gradação, talvez, entre um neurótico e um louco pode significar até o primeiro ter acesso a um psicanalista e o outro não ter. Logo, a decretação de uma interdição por loucura é grave. Essa dobradinha psiquiatra-juíz tem de ser desfeita, e se transformar em algo maior.

**RENATO** Da mesma forma como entra o imponderável no julgamento do psiquiatra em relação ao doente psiquiátrico internado no manicômio judiciário, existe a penetração dentro do terreno do imponderável quando dez pessoas se reúnem para julgar num tribunal comum. O psiquiatra está tão sujeito ao erro quanto o advogado, o juiz, os jurados. Exagera-se o poder que o médico tem. O que está emperrado não é tanto o julgamento do médico com relação ao louco dentro do manicômio judiciário. É o próprio andamento da Justiça. Há loucos que permanecem quarenta anos internados sem que o seu caso seja revisto e há pessoas “normais”, delinquentes, que também não têm o seu caso julgado durante quarenta anos, mesmo depois de já terem cumprido a pena.

**BERTINE** Recebemos no hospital um documento de Brasília, via Secretaria de Saúde, para arrolar quais são os nossos pacientes interditados. Eu levantei a seguinte questão: há 96 interditados que moram no hospital. Não são interditados legalmente, mas o que é ser interditado legalmente? Esses 96 pacientes que estão lá têm morte civil. Eles não podem sair do hospital sozinhos. Com raras exceções, hoje se internam os pacientes ditos psiquiátricos, mas estamos internando pessoas que chegam com problemas sociais. Que demanda é essa que estamos atendendo? Atendemos mais mulheres, de classe social mais baixa, mulheres alcoólatras, mulheres que estão tendo os seus primeiros surtos na hora do parto e que entram na rede da Psiquiatria. Surgem várias contradições nessas interdições. O poder da Psiquiatria é muito grande, porque nessa especialidade tudo é muito subjetivo. No final, acabamos não tratando de quem deveríamos. É como se a gente tivesse que ter uma redefinição para aquela pessoa que chega com um sofrimento psíquico, que não é em cima da questão puramente médica. Esse é o grande nó na nossa formação, como prática médica.

**DAVID SOMBERG** Em relação ao poder do psiquiatra, temos que lembrar que a Psiquiatria passou a ser efetivamente uma especialidade médica a partir de Breuer, com a invenção da esquizofrenia. Há quem diga que é uma invenção, que a esquizofrenia não existe como doença. O psiquiatra era um policial, a quem era dado o direito de determinar quem podia conviver com os normais e quem não podia. Não sei se esse poder vem exclusivamente da posição dele como médico.

**BERTINE** A especialidade que tem um poder muito grande é aquela que pode dizer se você é normal ou não. Eu, em princípio, sem-

pre defendo que as pessoas têm alguma anormalidade para agüentar essa vida. É triste você ter uma proposta de trabalho em que a humanização não é um dos itens, porque parece que nós todos perdemos um pouco a capacidade de trocar, de nos olhar, de nos entender. O ser humano é criativo, viver é um ato criativo. Se você perde essa capacidade, vai fazer, daqui a pouco, a mamografia de uma mulher com trinta anos. Esse senso crítico se aprende no primário. Se você não aprendeu, perdeu a chance. É preciso problematizar as questões, refletir, verbalizar. O homem é o ser da linguagem. Se você não sabe se expressar no seu discurso, não há como avançar.

**JOSÉ MARCOS** As pessoas não estão aprendendo isso antes de entrar na universidade para fazerem sua formação médica.

**BERTINE** A questão de viver um ato criativo é essencial. Se eu não tenho isso em mente, vou fazer um trabalho repetitivo por cinquenta anos, enquanto for médico. No hospital, já tentamos fazer até mural, expondo o que está acontecendo no mundo inteiro, para ver se os médicos pelo menos lêem. A escola primária não está ensinando, só que o médico que está lá, atendendo a paciente, tem curso universitário; ele tem obrigação de pelo menos saber que aquela mulher negra tem um universo diferente do dele, e que ele não pode se basear naquilo que ele acha que é a vida. As pessoas não têm consciência do peso que elas representam na molécula do um mais um, mais um, mais um. Temos que analisar a questão dos contratos novos de solidariedade, senão a gente não agüenta. Ainda mais no momento do serviço público, que é muito difícil.

**DAVID SOMBERG** Neste seminário foi dito o seguinte: no currículo médico não existe a discussão da saúde da mulher. Isso é uma

inverdade. Existe. Porque quando você discute colecistite aguda ou coletíase, patologia tireoideana, está pensando mais na mulher do que no homem. Você está discutindo a saúde da mulher. Você não discute a saúde da mulher, assim como não discute a do homem, quando o corpo deixa de ser meramente o lugar onde se realizam determinadas reações físico-químicas e passa a ser um espaço de prazer. Aí você não discute a sexualidade da mulher como também não discute impotência, ejaculação precoce.

**BERTINE** O corpo é o lugar da alegria. Se você só o vê como doença, não tem espaço para mais nada. Aí, onde entra o desejo?

**PAULO GABRIEL** Vou retomar a questão da educação. A educação médica, ao contrário do que foi dito muitas vezes aqui, não é uma educação técnica. É realmente eu não considero que a educação médica seja só uma educação técnica da maneira como ela é feita. Recebemos uma formação profissional, sim, só que essa formação não é explicitada em nenhum momento. Apesar do conteúdo da formação médica ser apenas técnico, você tem uma formação moral e profissional constante na faculdade. Se aprende nos corredores, nos plantões, ou seja, tudo o que é implicitamente passado através da relação do conhecimento com a prática. Não vejo o problema do autoritarismo médico como um mero acesso de maucaratismo coletivo ou uma questão meramente individual, moral. Ele decorre justamente da formação profissional que os médicos recebem. Temos uma cultura muito autoritária no Brasil, e essa cultura dá margem ao autoritarismo médico. Nos dizemos modernos, mas esta modernidade deveria aparecer na hora da prática. Somos personalistas, autoritários, antidemocráticos, segundo uma concepção de democracia que não é nossa. O grande problema é não discutir o que não está dito, o que não está expresso, o que

está por trás dos discursos, o que estrutura as práticas. O conhecimento é passado como uma coisa óbvia, indiscutível, natural. É claro que o médico que tem isso na cabeça não vai querer discutir com o paciente, não vai querer aceitar o que o paciente diz. Ele vai se achar no direito de fazer comentários sobre o paciente porque ele é mais do que o paciente. Aprende-se isso. Temos uma formação profissional, sim. Ela pode ser considerada uma deformação segundo critérios morais nossos, mas ela é uma formação voltada para um tipo de sociedade. É uma formação competente, sim. Resolve! A grande saída para uma mudança na formação do médico é mostrar quais são os valores que norteiam a educação pré-universitária. As pessoas recebem uma educação oral na escola e, chegando na faculdade, é impossível ler um texto. No Brasil, não adianta se fixar numa formalidade técnica, como a que se vê nas universidades européias e americanas. Aqui, a universidade aponta para outra direção, a formação se dá em outra direção. Sobre a questão do conhecimento produzido pelas mulheres, ele incorre num perigo. A mulher evoca a intuição, a emoção, o carinho. São estereótipos maternos, que escondem todo o trabalho de construção do saber. Gosto de citar o trabalho de uma historiadora americana feminista, que estudou a produção do conhecimento sobre primatas entre biólogos dos Estados Unidos, do Japão e da Inglaterra. Ela mostra o seguinte: no Japão, um grande primatologista tinha uma assistente mulher e uma das técnicas da primatologia japonesa é conhecer cada macaco individualmente. Ele disse que tinha problemas em perceber as fêmeas do grupo como indivíduos, e a assistente dele fazia esse trabalho. Ele explicava isso pela intuição que ela tinha com o trabalho feminino das fêmeas dos macacos, ou seja, ele, homem, tinha um trabalho intelectual. A mulher tem uma empatia direta. Esse é um problema, porque se ouve essas categorias, o tempo todo, sobre o conhecimento da mulher. Esconde-se que tudo isso é um tremendo trabalho intelectual com o mesmo rigor que o trabalho masculino, só que o objeto

e a elaboração do objeto é mais ou menos oculta aos olhos masculinos. O grande problema são as feministas assumirem esse discurso e começarem a falar de intuição feminina, como assumem, e a grande maioria fala de maior intuição, maior proximidade com a natureza.

**BERTINE** A questão da empatia com a natureza não é ruim para a mulher. O homem perdeu isso.

**PAULO GABRIEL** Acho no mínimo complicado estabelecer diferenças como: a mulher tem a empatia direta e o homem tem a construção intelectual.

**LUCIANA** Essa discussão é muito interessante. A temática feminista gera muitas contradições no movimento. Essa construção é histórica e as pessoas, sem saber, guiam seus ideais a partir dessa construção histórica. Vejo ainda outras contradições, como a afirmação universal da vida. O ecofeminismo, por exemplo, naturaliza categorias históricas. Há o ponto de vista do antropólogo, do historiador, do intelectual. Temos que aprender a construir categorias. Não sei dizer o que é feminino ou masculino. Eu sei o seguinte: essa história do cuidado, mesmo que construída historicamente, parece introduzir questões interessantes sobre o interesse, a troca, a solidariedade. Não se pode, com uma argumentação intelectual, esquecer que estamos diante da premência da solidariedade. Não somos utópicos, ingênuos, mas temos que ter função ética, e construir outras possibilidades. Mas é impossível fugir das contradições.

**DAVID SOMBERG** Quando um estrato social que não está disputando o mesmo espaço de um estrato maior, se coloca numa situação



de exercer o poder, ele tende a assumir a ideologia do poder com muito mais afinco. Às vezes, esse discurso do feminino passa justamente pela crítica que o Paulo Gabriel fez, quer dizer, como se a simples presença da mulher, por ser mãe ou por ter a matriz, fosse melhorar alguma coisa. Fala-se do cuidado, da enfermagem, que a enfermeira, na maioria das vezes, sendo mulher, trata bem do paciente. No entanto, todos preferem trabalhar com enfermeiro homem. Os enfermeiros são muito mais cuidadosos do que as mulheres. Ou porque são mais vocacionados, ou porque a mulher, entrando no mercado de trabalho, fica muito mais masculinizada do que o homem. Claro, mas por quê? Porque a mulher no mercado de trabalho entra com a visão da formação desse mercado de trabalho, que é masculinizada. É a categoria do macho, do poderoso, do falo. É isso.

**PAULO GABRIEL** Além da alteração da ordem lógica do currículo e dos conteúdos poderíamos inserir, essa é a minha hipótese, a questão de como se constrói o conhecimento. Desnaturalizar o conhecimento, no caso da Medicina, é fundamental. A natureza não nos entrega as coisas de bandeja. Toda a construção é histórica, social. Ela tem implicações sociais. Como formar uma pessoa que não suba numa torre de marfim e saia julgando todos dali de cima? É fundamental para as pessoas que já estão formadas estes debates, palestras, mostrando justamente a historicidade e a inserção social do conhecimento, ou seja, a idéia da dinâmica na produção do conhecimento, como a dinâmica interna da ciência. No entanto, os médicos simplesmente a desconhecem.

**BERTINE** Gostaria de botar mais “lenha na fogueira da enfermagem”. Esta é a minha prática: dirijo uma unidade onde tenho oitenta e seis pessoas da enfermagem, sendo que, dessas oitenta e

seis pessoas, setenta são mulheres. Nas outras enfermagens em que já trabalhei, o homem trabalha melhor; o cuidado é bem maior. A enfermagem tem um problema sério para resolver, além da questão do poder: a questão do cuidado. É mentiroso afirmar que o enfermeiro cuida melhor do paciente do que qualquer outro profissional da Medicina. Por exemplo, o que é dar um banho? Se você dá o banho meramente por obrigação, você não está dando um banho. Eu estou falando da minha experiência em Psiquiatria, não estou falando da pessoa que dá banho na cardiologia, seja lá onde for. Na Psiquiatria, o objeto de trabalho é a relação com o cliente. E aí ocorre uma grande distorção da enfermagem, tanto em relação ao profissional graduado quanto ao técnico de enfermagem ou o guarda, que está numa outra função naquele momento. O olhar da enfermagem não é um olhar de cuidado no sentido da maternidade: Algumas mães olham os filhos como objetos de prazer, e não com o cuidado em si. Que olhar é esse, que ouvido é esse, que toque é esse que você dá ao paciente na enfermagem? Porque, se existe alguém que erotiza mais o cliente, é a enfermagem, no cuidado. Esse cuidado é sempre relativo. É também a mãe, o pai ou a avó que, supostamente, cuidam do bebê, que têm a relação mais erotizada, pois se relacionam com o corpo da criança. Na questão da enfermagem, este cuidado não existe. Se as nossas relações não forem erotizadas no dia-a-dia, como conseguiremos sobreviver? Esta é uma contradição que a enfermagem vai ter que resolver, um dia. É na prática, na vida como ato criativo, que a categoria deve se dar.

**RENATO** Há um grupo, em Campinas, que está ligado a uma entidade, que fornece certificados ISO 9000 de qualidade total. Esta entidade está fazendo um trabalho junto a dezesseis médicos, todos eles formados há menos de cinco anos, visando a abertura de consultórios como empresa, numa tentativa de otimizar não só o

atendimento à população, mas as relações dos médicos com os convênios públicos e privados. Este é um novo caminho que se está criando no Brasil. Discutimos muito a parte histórica da formação e as formas de melhorá-la. Essa discussão do pessoal de Campinas enfoca possíveis melhoras diante da situação atual: convênio, sucateamento da saúde pública. A discussão vai se dar durante um ano e meio. Depois, será interessante analisarmos o resultado.

**LUCIANA** Para encerrar esta nossa reunião, gostaria de ressaltar que foi uma certa intenção de troca que juntou a CEPIA à AMERERJ. Nosso objetivo foi tentar integrar, sem reduzir as diferenças, especificidades ou as nossas singularidades. A intenção é criarmos um campo comum, sempre aberto, de diálogo, de possibilidades, que possa ser fertilizado. Uma proposta é levarmos esta discussão para dentro da Maternidade Leila Diniz, para podermos debater novos modelos de atendimento, tendo em vista que aquele é sem dúvida um modelo de vanguarda. Eu acredito que os médicos residentes tenham que discutir esta questão. Se eu fosse residente de G.O. (Ginecologia e Obstetrícia), gostaria de estar discutindo a minha formação nessas bases. Porque existem pontos importantes a serem discutidos. O feminismo não é antropologia ou história e não vai nos fornecer os instrumentos conceituais, mas pode apontar algumas direções. Na verdade, compartilhamos um ideal comum e todos aqui estamos interessados num aprimoramento social. Por isso temos que pensar quais são as nossas possibilidades de atuação e para onde podemos canalizar nossos esforços, com muita sinceridade e com muito trabalho. Gostaria, em nome da CEPIA, de agradecer muito a participação de todos. Obrigada.

**DAVID** Quando a AMERERJ se sentou com a CEPIA para estruturar um evento desse tipo, tínhamos na cabeça muito do que de fato aconteceu. E a possibilidade dessa troca, entre uma organização que tem um discurso mais político e outra, que tem um discurso mais imediato, da luta sindical, nos instrumentalizou para uma série de coisas. Quando chegamos aqui, tínhamos três discursos, três linguagens possíveis: era o ologuês, o mediquês e o politiquês. Podíamos fazer nossos guetos aqui, explicitar as nossas divergências e costurar as nossas posições, mas, dentro de uma estrutura de três grupos bastante distintos que se reúnem exclusivamente para ver o que um pode tirar do outro, não foi isso o que aconteceu. Conseguimos traduzir as nossas linguagens, criar um vínculo e trabalhar no sentido das pessoas, das entidades, não só a CEPIA e a AMERERJ, que aqui vieram. Conseguimos trabalhar num campo de aliança, de fato. Não abrimos mão das nossas divergências, mas isso não impediu que pudéssemos abrir espaço para costurar uma aliança que dá “pano prá manga”. O agradecimento é mais no sentido de não deixarmos que esta seja a única iniciativa. Conseguimos criar um momento interessante, conseguimos crescer conjuntamente. Conseguimos também abrir mão de preconceitos, tanto da nossa parte quanto da parte da CEPIA. Enfim, o agradecimento é no sentido de continuarmos por esse caminho, ampliar a discussão, que iniciamos neste seminário sobre a profissionalização da Medicina.



## BIBLIOGRAFIA CITADA

- BOURDIEU, P. *Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, /s. d./.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FREIDSON, Eliot. *La profession medica*. Madrid: Ediciones Península, 1977.
- RORTY, Richard. *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- SCHREIBER, L. *O médico e seu trabalho*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1993.

*Este livro foi produzido e composto pela  
Casa da Palavra para CEPIA  
e impressa pela Zit Gráfica.*

Rio de Janeiro, Março de 1997

A CEPIA é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos, que contribuam para o fortalecimento da cidadania, especialmente nos setores que, na história do nosso país, vêm sendo tradicionalmente excluídos de seu pleno exercício.

Neste sentido, a CEPIA desenvolve estudos, pesquisas, bem como projetos de intervenção social com a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade.

A CEPIA tem privilegiado, em sua atuação, as áreas de saúde, meio ambiente, violência, direitos humanos, pobreza e trabalho, estabelecendo vínculos preferenciais com mulheres e populações marginalizadas.

A CEPIA atua, também, na avaliação e acompanhamento do impacto de políticas públicas.



**cepia**

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

Rua do Russel 694, 2º andar Glória 22210-010  
Tel/Fax (021) 205 2136 Rio de Janeiro RJ Brasil  
e-mail: [cepia@ax.apc.org](mailto:cepia@ax.apc.org)