

Copyright © 2006 by Alicia Navarro de Souza e Jacqueline Pitanguy

Ficha Catalográfica elaborada pela
Divisão de Processamento Técnico – SIBI/UFRRJ

S255 Saúde, corpo e sociedade / org. Alicia Navarro de Souza e
Jacqueline Pitanguy. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

260 p.; 140 x 210 mm. (Série Didáticos)

1. Saúde – aspectos sociais 2. Corpo e mente. 3. Educação
médica – aspectos sociais. I. Souza, Alicia Navarro de (org.). II.
Pitanguy, Jacqueline (org.). III. Série.

CDD 338.09

ISBN 85-7108-310-X

ISBN 978-85-7108-310-3

COORDENADORA DA SÉRIE DIDÁTICOS
Cecília Moreira

EDITORA DE TEXTO
Cecília Moreira

REVISÃO
Simone Brantes

CAPA E PROJETO GRÁFICO
Adriana Moreno

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
Marisa Araujo

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Forum de Ciência e Cultura
Editora UFRJ

Av. Pasteur, 250/salas 100 e 107
Praia Vermelha – Rio de Janeiro

CEP: 22290-902
Tel. / Fax: (21) 2542-7646 e 2295-0346
(21) 2295-1595 ramais 124 a 127

<http://www.editora.ufrj.br>

Apoio:
 Fundação Universitária
José Bonifácio

*Aos estudantes, futuros profissionais de saúde, cujos
ideais transcendem a formação técnica.*

50277/2009

BENILTON BEZERRA JR.

O normal e o patológico: uma discussão atual



Normal e patológico são palavras cujo sentido parece dispensar maiores esclarecimentos. Como ocorre com muitas palavras de uso corrente, seu significado parece à primeira vista claro, inequívoco. Estão entre aqueles termos que não suscitam dúvidas na vida cotidiana porque partilhamos e reproduzimos, sem nos darmos conta, significados que assimilamos sem crítica ou reflexão. Na vida comum do dia-a-dia, isso não causa problemas. Quando, porém, precisamos definir conceitualmente a fronteira entre o normal e o patológico, ou quando situações insólitas ou duvidosas exigem clareza quanto aos critérios que devemos usar para estabelecer essa distinção ("esse comportamento é patológico ou apenas diferente?"), toda a complexidade do tema aparece de imediato. A vida social é atravessada por processos nos quais esta demarcação é acionada: normal e patológico são categorias que distinguem, no plano social, o que é prescrito ou aceito daquilo que é proscrito ou recusado. Este fato cultural demonstra, por si só, o interesse geral do tema, mas, no campo da saúde, sua importância é crucial. A clínica é um campo onde a demarcação entre a saúde e a doença é o ponto de partida e a bússola que orienta a ação terapêutica, e a referência em relação à qual os resultados terapêuticos são avaliados.

A discussão sobre o que constitui a fronteira entre o normal e o patológico deveria, portanto, estar no centro da reflexão clínica e na base da formação dos profissionais de saúde. Mas não é isto o que acontece. Desprovidos das ferramentas conceituais para pensar de forma crítica este problema, os profissionais de saúde acabam ocupando uma posição subordinada no debate contemporâneo sobre, por exemplo, os limites éticos da intervenção biotecnológica sobre a vida, hoje impulsionada tanto pela inovação tecnológica acelerada, quanto por mudanças sociais que induzem a medicina a intervir de forma generalizada, ultrapassando as fronteiras da doença para se erigir em uma prática de aperfeiçoamento ou correção dos organismos.¹ Acabam por assimilar e reproduzir conceitos e pontos de vista sobre a saúde e a patologia que refletem o imaginário social e teórico vigente, transformando-se – à sua revelia – em agentes de um processo crescente de medicalização da existência e patologização do normal.

Na chamada “sociedade do risco”² é a própria idéia de fronteira demarcando um campo da saúde e um campo da patologia que vai se tornando nebulosa. Com o uso crescente de tecnologias de informação e processamento de dados, muda consideravelmente o escopo da ação médica, que já não se restringe apenas à prevenção de algumas doenças e ao tratamento das demais. É possível calcular *riscos* atuais de eventos patológicos futuros, ou seja, a medicina tem a seu encargo não apenas doenças reais ou previsíveis, mas probabilidades de grau variado, o que torna mais difícil ainda estabelecer o limite adequado para a sua intervenção. Praticamente todos podemos, o tempo todo, ser alocados em alguma faixa de risco. A ideologia da saúde perfeita na cultura somática atual vem produzindo, ainda, ideais de *performance* física e mental que transformam em patologia prati-

carmente tudo que impeça o indivíduo de atingir as suas exigências. As noções de disfunção, transtorno ou déficit vêm transformando nossa experiência do *pathos*, que vai deixando de se revestir de uma aura vivencial ou existencial, para progressivamente serem concebidas e experimentadas como desvios de funcionamento, erros de programação ou falhas de desempenho. Retornar a discussão sobre os conceitos de normal e patológico está, assim, na ordem do dia.

| *A medicina não é ciência*

Nesta discussão a obra de Georges Canguilhem é uma referência obrigatória. Ele abordou em diversos escritos, mas é, inequivocamente, em seu livro clássico, *O normal e o patológico*, escrito em 1943,³ que ele a desenvolve com maior profundidade. O ponto de partida fundamental de Canguilhem é a afirmação de que a medicina não pode ser considerada uma ciência, mas uma *praxis*, “uma arte situada na confluência de várias ciências” (Canguilhem, 1982, p. 16). A medicina impulsiona a expansão dos conhecimentos das ciências da vida e das doenças, mas em si mesma não é uma atividade científica. Ela é um conjunto de técnicas e práticas realizadas por humanos visando a outros seres humanos e cujo alvo é o alívio ou a eliminação do sofrimento, e a produção de condições para que a vida possa ser usufruída da maneira mais rica que cada indivíduo puder, seja no plano físico, mental ou social. O essencial da medicina é a clínica e a terapêutica: ela é “uma técnica de instrauração e restauração do normal, que *não pode ser reduzida ao simples conhecimento*” (ibid.; grifo meu). Seu centro de gravidade é o *pathos*, e não o *logos*. Este é suscitado, convocado, requisitado, sempre que há um sofrimento a ser tratado, e a este objetivo deve estar sempre referido. “O *pathos*

¹ Cf. Sibilla, P. (2002).

² Cf. Beck, U. (1993).

³ Ao texto escrito em 1943, uma tese de doutorado em medicina com o título de *Essais sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, foi acrescentada uma segunda parte com textos escritos entre 1963 e 1966, chamada *Novas reflexões sobre o normal e o patológico*. Reunidas, compõem o livro *O normal e o patológico* (1966).

precede o *logos*" diz Canguilhem (1982, p. 169), em uma de suas muitas afirmações aforismáticas. E isto significa que na origem de todo conhecimento e de toda técnica está uma experiência, uma vivência de sofrimento, um valor negativo que se impõe à existência. Isto é verdade no sentido cronológico (primeiro veio o sofrimento, depois a necessidade de conhecê-lo, para tratá-lo e evitá-lo) e no sentido ético (é em relação ao sofrimento e não ao conhecimento sobre ele que se pode definir o horizonte ético e os limites da clínica).

Embora a prática médica só se realize com base nas informações, conceitos e teorias elaborados pelos mais diversos saberes e disciplinas científicas (Física, Biologia, Química, Matemática etc), ela é, fundamentalmente, uma prática impulsionada e organizada em torno de *valores*. Por mais que utilize dados, técnicas e protocolos objetivos, ela está sempre orientada no sentido de tornar a experiência da vida — individual ou coletiva — a mais livre possível dos constrangimentos impostos pelos processos patológicos, e esta liberdade em relação aos constrangimentos vitais não pode ser medida de maneira estritamente objetiva, pois é a experiência ou a fruição da vida que está finalmente em jogo. Em outras palavras, em medicina os elementos epistêmicos são instrumentos para a obtenção de objetivos éticos, e este é um ponto que tendemos a esquecer, mesmerizados pelo fascínio que a parafernália tecnológica produz, e obcecados pela aura de importância superior que noções como objetividade e cientificidade parecem conceder àquelles que as reivindicam para qualificar o que fazem.

Desse modo, o médico não deve se contentar em definir a saúde ou a doença em termos estritamente factuais ou objetivos. A rigor, esta pretensão é, aos olhos de Canguilhem, descabida. Padrões e dados objetivos, estatisticamente mensuráveis, são úteis na clínica e nos dão uma visão importante do que podemos, de maneira genérica e inicial, considerar normal (constantes fisiológicas, expectativas de crescimento etc). Mas essa normalidade estatística não é a base

de onde retiramos as normas da saúde ou da doença. Nem todo desvio em relação a esta normalidade implica doença — é o caso de anomalias que infringem os padrões estatísticos, mas não possuem qualquer efeito de restrição das funções vitais, como a dextrocardia ou o *status inversus totalis* (inversão total dos órgãos internos, que é uma condição rara, mas fartamente registrada). Por outro lado, estar dentro dos limites da normalidade estatisticamente medida nem sempre é garantia de saúde: a ausência de desvios pode esconder na verdade uma incapacidade de fazer frente a exigências da vida e uma recusa ou impossibilidade de se expor a elas (crianças mantidas em bolhas artificiais são um exemplo extremo desta condição). Só é possível delimitar de forma consistente a fronteira entre o normal e o patológico quando se deixam de lado os critérios meramente objetivos e se coloca no centro da reflexão a mudança de qualidade, a alteração de valor vital que a doença impõe e que o indivíduo reconhece como limitação à sua existência.

O princípio de Broussais

Para analisar essa fronteira, Canguilhem recua no tempo histórico e analisa o pensamento médico do final do século XVIII, quando se consolidam concepções do normal e do patológico que influíram não só na clínica, mas também no pensamento sobre a vida social de todo o século XIX. Ele procura mostrar como o debate em torno desses termos refletia profundas modificações em curso naquela época, quando, fortemente atraídos pelo racionalismo e empirismo emergentes, os médicos se viram estimulados a abandonar os paradigmas anteriores e a levar os métodos e princípios da ciência moderna em construção para o campo da medicina. Preocupada em se alinhar aos postulados da mecânica clássica, a medicina adotou a metáfora da "máquina universal" para descrever as leis de funcionamento do organismo vivo. Dominada pela idéia de um universo submetido a leis de aplicação geral, a medicina passou a se dedicar à descrição dos

fenômenos biológicos com base em princípios cuja inspiração vinha da física e da química, disciplinas de cientificidade questionada. Os médicos da virada do século XIX desenvolveram, portanto, uma reflexão coerente com a mentalidade nascente: o universo, e tudo que nele há, passava a ser descrito como uma grande máquina cujas leis e mecanismos o pensamento poderia, por intermédio da ciência, decifrar. Assim como, no campo da física, a ciência moderna se definiu na medida em que foram unificados sob uma mesma teoria os “movimentos naturais” e os “movimentos violentos” aristotélicos, também na medicina moderna nascente erigiu-se o objetivo de unificação das leis da vida normal e da vida patológica.

Dentre os muitos médicos da época Canguilhem sublinha as idéias de alguns, dentre os quais Broussais (1772-1838), cuja importância em muito deriva de sua influência sobre Augusto Comte e Claude Bernard. Curiosamente, as formulações comteanas influenciaram enormemente gerações posteriores de médicos que desconheciam, de outro modo, o pensamento de Broussais. Médico ligado à Revolução Francesa, e depois ao exército napoleônico, Broussais estava convencido da necessidade de eliminação metódica do sobrenatural ou transcendental para explicar os fatos humanos. Esta crença, que ele fazia estender da vida política à vida biológica, o levou a defender a idéia de que, ao contrário do que se supunha até então, não haveria uma dicotomia fundamental que separasse ontologicamente a saúde da doença: era preciso pensar normalidade e patologia como fazendo parte de uma mesma natureza, como estados variados de uma mesma realidade: a vida.

Canguilhem não discorda deste postulado geral. Para ele também, a patologia nada tem de ontologicamente diferente dos estados saudáveis. As normas patológicas e as saudáveis são ambas normas de vida (embora vá afirmar que as patológicas são *qualitativamente* inferiores às normas saudáveis, porque são menos capazes de preservar, ampliar ou reproduzir a própria vida). Broussais, no entanto, levou sua idéia ao extremo ao postular uma *identidade real* entre os fenô-

menos patológicos e os fenômenos fisiológicos correspondentes, o que ficou conhecido como o princípio que levou seu nome. Com isto passou a afirmar que o único elemento de diferenciação entre o estado normal ou fisiológico e a patologia era o *excesso* ou a *diminuição* daquilo que para ele era a característica primordial do fato vital: a “*excitação*” — para Broussais a vida no organismo é sempre uma resposta às excitações exercidas sobre o organismo pelos ambientes em que ele se encontra.

Assim, constatar a *hiper* ou a *hipo* excitação dos órgãos e tecidos seria o suficiente para explicar as variações entre a saúde e a doença. Patologias seriam essencialmente, deste modo, modificações quantitativas, objetivas, de um estado básico da vida. Para Broussais, portanto, haveria uma continuidade entre os estados de saúde e doença, sendo a variação entre um estado e outro apenas de grau, ou *quantidade*, e não de *qualidade*. Os fenômenos da doença e os fenômenos da saúde seriam coincidentes, um sendo uma espécie de prolongamento do outro, diferindo apenas no que diz respeito à intensidade, para mais ou para menos do fenômeno vital. Na patologia nada haveria de novo, de insólito, ou de criativo. Comte descreve assim a concepção de Broussais:

(...) o estado patológico em absoluto não difere radicalmente do estado fisiológico, em relação ao qual ele só poderia constituir, sob um aspecto qualquer, um simples prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variações, quer superiores quer inferiores (...) sem jamais produzir fenômenos realmente novos (...)

(apud Canguilhem, 1982, p. 31).

Canguilhem se opõe inteiramente a essa tese, e é confrontando-se com ela que ele constrói sua análise sobre o normal e o patológico.

| *As duas dimensões do normal*

Partindo de uma análise semântica do termo, Canguilhem afirma que há duas formas de se definir o normal. A primeira toma o ter-

mo como um *fato*: normal é aquilo que é mais prevalente, o que estatisticamente se apresenta como mais constante, mais frequente, numa determinada população; é algo detectado pela observação e objetivamente mensurável. Ao lado desta definição existe, imersa no uso habitual dessa palavra, uma outra, na qual o normal é concebido não apenas como aquilo que “é”, mas como aquilo que “deve ser”. Assim, dizer de um órgão que ele é normal tanto pode significar que seu funcionamento segue o padrão médio esperado quanto pode significar que ele é capaz de funcionar dentro e acima desse padrão, se a vida assim o exigir. Neste segundo caso, um órgão é normal não porque esteja dentro desses limites, mas porque atende com elasticidade e vigor às demandas que lhe são feitas e pode, portanto, responder de maneira inédicta às solicitações da vida. É normal porque é *normativo*, ou seja, é capaz de criar novas normas de funcionamento sempre que isto se fizer necessário para a preservação ou ampliação do estado de saúde do organismo. O coração bradicárdico de um remador, por exemplo, está fora do padrão habitual, mas o fato de ser desviante em relação à normalidade estratística é, neste caso, índice de saúde superlativa e não de doença. Desse modo, a simples objetividade mensurável das médias não basta para qualificar o estado de um órgão, um tecido, ou de um organismo como normal ou patológico. É sempre necessário atentar para o grau de normatividade presente. Nesta perspectiva estamos lidando com um critério normativo, que define o normal a partir de um *valor*, e não de um *fato* (Canguilhem, 1982, p. 95-97).

A constatação de que existem critérios valorativos na avaliação de estados normais e patológicos leva Canguilhem a estabelecer uma distinção muito clara entre os fenômenos da *anormalia* e da *anormalidade*. Anormalia é qualquer diferença constatada em relação ao que é estatisticamente prevalente, uma simples variação, que não implica restrição patológica: “Em resumo, a anormalia pode transformar-se em doença mas não é em si doença” (Canguilhem, 1982, p. 109).

A clínica é riquíssima em exemplos: músculos extra-numerários, localização diferente de vísceras, variações individuais de constantes fisiológicas e assim por diante. Pode-se nascer com um rim a mais ou a menos, sem que isto perturbe o funcionamento do sistema urinário. Mas é evidente que a vida não é indiferente a qualquer tipo de anormalia. A redução na produção de hormônios tireoideanos provoca depressão. A anencefalia é uma anormalia incompatível com a preservação da vida. Há, portanto, variações normais, nas quais a saúde é inteiramente preservada, e variações anormais, em que a patologia toma o lugar da saúde.

O que define, porém, a fronteira entre as anormalias que resultam apenas em variações próprias à pluralidade do fato vital e aqueles desvios, às vezes mínimos, que consideramos como anormalidade, ou patologia, não é um dado objetivo, não são medidas estatisticamente aferidas, mas a implicação que esse desvio tem, o valor positivo ou negativo que se impõe sobre o processo de preservação e reprodução da vida. O *situs inversus totalis* não ameaça nem constrange a vida. Pode até não ser notado ao longo de toda uma existência. Uma pequena falha no metabolismo de um aminoácido como a fenilalanina pode, no entanto, provocar a fenilcetonúria, que ataca o funcionamento cerebral acarretando convulsões e grave deficiência mental.

Deve-se notar ainda que uma mesma variação objetiva pode ser sinal de normalidade ou de patologia, dependendo do contexto em que se apresenta. Canguilhem toma um exemplo de Sigerist para ilustrar este ponto: durante a digestão ocorre uma variação fisiológica na quantidade de leucócitos circulantes, mas o significado desse fato não tem qualquer semelhança com o que acontece durante uma infecção, quando também ocorre uma variação como esta, mas porque o corpo se encontra sob agressão de um agente externo. O mesmo fenômeno, portanto, pode ser fisiológico ou patológico, dependendo da causa que o provocou (Canguilhem, 1982, p. 32).

Exemplos como esses são utilizados por Canguilhem para mostrar que é impossível descrever um estado ou um fato como normal ou patológico em si mesmo, sem a avaliação dos seus efeitos sobre o exercício normativo do organismo. Para ele, mesmo Broussais, com seu mecanicismo, não escapou dessa evidência. Ao tentar demonstrar que a patologia nada mais representa do que uma variação quantitativa em relação ao normal, sua intenção é sistematicamente tralada por seu próprio vocabulário: ao defender sua tese, ele utiliza termos como “aumento”, “diminuição”, “deterioração”, “alteração”, e “transformação”. Ora, os dois primeiros termos dizem respeito a variações quantitativas, mas os demais indicam claramente uma mudança de qualidade, e não apenas de quantidade. Canguilhem percebe o deslize, e pergunta ao leitor: “em que uma artéria esclerosada é idêntica a uma artéria normal?” (ibid.). Não é possível afirmar que a diferença entre uma e outra seja apenas a quantidade de luz menor na artéria. Uma artéria normal pode ser submetida a um processo de vasoconstrição em consequência de fatores contextuais, mas ela é normal justamente porque pode variar, desviar-se dos padrões habituais, e encontrar uma norma adequada às exigências com as quais se defronta. Dizer que uma artéria é normal significa afirmar que ela é normativa, ou seja, que exibe plasticidade, capacidade de enfrentar as injunções do meio e superar os obstáculos que se opõem a seu funcionamento; é capaz de criar novos padrões para si, sempre que necessário. Uma artéria esclerosada é patológica por não poder exibir essa plasticidade. Sua patologia está justamente no fato de que sua normatividade está prejudicada, sua capacidade de enfrentar os desafios impostos pelas “infidelidades do meio” está bastante diminuída.

Haveria, portanto, uma diferença de qualidade entre o estado saudável e a doença, embora, em ambos os casos, as leis dos fenômenos vitais sejam as mesmas. Percebemos tanto na saúde quanto na doença a presença da *normatividade vital*. Mas a norma sã é su-

perior, por exibir a plasticidade que na norma patológica se apresenta restringida. Broussais achava que a continuidade entre o campo da saúde e o da doença (o fato de que ambos se encontram submetidos às mesmas leis biológicas) deveria acarretar como consequência a identidade entre os fenômenos normais e os patológicos. Ora, é verdade que a delimitação exata da fronteira entre um campo e outro nem sempre é fácil, visto que é preciso levar em conta a totalidade orgânica em sua relação com um meio complexo. Mas isto não quer dizer que o critério da delimitação inexista: é o sentimento de vida contrariada, o estado de sofrimento, o horizonte existencial estreitado. Portanto, se podemos aceitar uma *continuidade* entre os fenômenos da saúde e da patologia, isto não significa admitir uma *homogeneidade* entre eles. Diz Canguilhem: “(...) a transição entre um estado e outro pode muito bem ser comparável com a heterogeneidade desses estados. A continuidade dos estágios intermediários não anula a diversidade dos extremos” (Canguilhem, 1982, p. 35). Tomar o normal como normativo implica, assim, definir o patológico não como desvio em relação a um padrão objetivamente definido, mas como expressão de uma potência normativa constrangida, uma resposta criativa mas “infeliz”, não tão bem-sucedida quanto a norma saudável, às injunções da vida no meio em que o ser vivo se encontra.

| *A normatividade vital*

O conceito de normatividade vital, sugerido por Canguilhem como substituto da idéia de normalidade, presta-se a alguma discussão, pois está fundamentado na adoção do vitalismo contra o mecanicismo, como premissa básica para explicitação da natureza dos fenômenos biológicos. Em que consiste o vitalismo canguilhemiano? Normalmente, associa-se vitalismo a animismo e outras concepções que descrevem o fenômeno da vida recorrendo a princípios, substâncias ou reinos transcendentes ao mundo empírico. Não é o caso de Canguilhem, que se pretende um materialista. Mas seu materialismo não é mecani-

cista, como o de Broussais. Seu objetivo é conciliar uma visão materialista do mundo sem deslizar para um fisicalismo reducionista que não seria capaz, aos seus olhos, de contemplar a singularidade dos fenômenos vitais frente aos demais fenômenos do universo. Um ser vivo é algo mais do que a simples soma de suas partes constituintes. Certamente, existem nele fenômenos químicos, físicos, neuroquímicos, eletromagnéticos etc, sem os quais a vida seria impossível. Mas a vida não é o simples somatório desses fenômenos materiais, é algo mais. Para Canguilhem, este algo mais é um valor inscrito no organismo, um ponto de vista ao qual se subordinam os fatos físicos e químicos existentes no organismo.

“Este ponto de vista é o da *normatividade* vital. Viver é, mesmo para uma ameba, preferir e excluir” (Canguilhem, 1982, p. 104). Do vírus ao ser humano, estamos todos, o tempo todo, incorporando informações sobre o meio, fazendo opções entre possibilidades de ação, visando a certos resultados e repelindo outros, na direção de garantir a preservação, a multiplicidade e a reprodução da vida. Essa dimensão de valor só está presente nos fatos biológicos, e é justamente ela que suscita as noções de normalidade e patologia, saúde e doença. Não existe uma patologia dos astros, ainda que existam fenômenos como o choque de cometas com planetas, a explosão ou extinção de estrelas, a sucção da luz por buracos negros, e assim por diante. Não ocorre a ninguém falar em normalidade ou patologia quando se trata de lidar com fenômenos cósmicos. Do ponto de vista das leis da física e da química, tudo está sempre no seu lugar, causando e sendo causado, numa cadeia infinita de fenômenos que se sucedem. O vocabulário humano pode antropomorfizar os fatos do universo ao falar de nascimento e morte de estrelas, por exemplo, mas estas são metáforas pragmáticas que utilizamos para designar o que na verdade são processos de transformação contínua da matéria. Os entes inanimados do universo (planetas, cadeiras, a cordilheira dos Andes) são indiferentes às modificações por que passam nesses processos.

“Ora, a vida esta bem longe de uma tal indiferença às condições que lhe são impostas; a vida é polaridade”, diz Canguilhem (1982, p. 98). Numa criança internada com obstrução intestinal grave por *ascaris lumbricoides*, tudo está de acordo com as leis físicas e químicas que governam os processos naturais. Mas, obviamente, nada está de acordo com a norma do organismo em questão, pois se trata de um fenômeno que põe em risco sua sobrevivência. Médicos não lidam apenas com processos físicos, químicos ou histológicos; lidam com o sofrimento imposto a seres humanos pela diminuição de sua capacidade normativa. Portanto, é “a vida em si mesma, e não a apreensão médica que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (ibid., p. 100).

Compreender a vida como polaridade e exercício de valoração permanente implica pensar a normatividade como inscrita não exatamente no organismo individual, mas na sua relação com o meio. Assim como “não há fato que seja normal ou patológico em si”, é preciso admitir que

(...) o ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais; (...) é sua relação que os torna normais um para o outro. O meio é normal para uma determinada forma viva na medida em que lhe permite uma tal fecundidade e, correlativamente, uma tal variedade de formas que, na hipótese de ocorrerem modificações do meio, a vida possa encontrar numa dessas formas a solução para o problema da adaptação que, brutalmente, se vê forçada a resolver. Um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio.

(Canguilhem, 1982, p. 112-113)

Ou seja, para fins de definição da saúde ou da doença, indivíduo e meio não podem ser considerados isoladamente. A normalidade ou a patologia não estão exatamente radicadas em um ou outro de

forma separada, mas na *interação* entre eles. É neste universo relacional — a partir do qual um se constrói por referência ao outro — que se pode dizer que há um acoplamento entre ambos favorável (saúde) ou desfavorável (patologia) à estabilidade, fecundidade e variabilidade da vida. Esta observação nos leva a outra conclusão: a saúde não pode ser pensada como mera adaptação bem-sucedida do organismo ao meio, porque a norma vital saudável implica não só a produção de um equilíbrio adequado às exigências da relação entre os dois pólos, mas também a capacidade de recriar este equilíbrio com bases em normas diferentes sempre que isto se tornar necessário: “O normal, em biologia, não é tanto a forma antiga, mas a nova, se ela encontrar condições de existência nas quais parecerá normativa” (ibid., p. 113). O conceito de normatividade — e portanto de normal e patológico — adquire assim uma dimensão tanto individualista quanto holista e dinâmica. O indivíduo se constitui como uma solução dinâmica e funcional que responde às exigências do meio em que vive, por isso o meio faz parte, por assim dizer, da constituição da natureza do indivíduo; por outro lado, ao criar novas normas, o indivíduo influencia sobre o ambiente, modificando-o, segundo suas aspirações, suas formas de vida. Ocorre um movimento contínuo de reestruturação recíproca, que difere muito do simples processo de adaptação: organismo e meio mudam juntos.

O conceito de normatividade vital não se restringe, porém, apenas ao plano biológico. Cangulhem está alerta para o fato de que a experiência humana e sua dinâmica relacional ultrapassem necessariamente os limites do universo biológico, incorporando inevitavelmente o simbólico e o social. O organismo humano não está vinculado apenas ao meio físico: “A forma e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas pelo meio, mas a expressão dos modos de viver socialmente adotados pelo meio” (Cangulhem, 1982, p. 244). A noção de norma encontra aqui uma aplicação no universo da vida social (idéia da qual Foucault extraiu enormes

conseqüências). Também na existência social a idéia de normal e os processos de normalização implicam a aplicação de valores a uma realidade. Mas a realidade da organização social não é a mesma da do organismo biológico. Se é possível a Cangulhem supor a existência de um valor *intrínseco* à vida do organismo, o mesmo não pode ser feito em relação à complexidade das formas de organização social, nas quais os valores são *contingentes*. Tentar compreender a vida em sociedade com base no conhecimento sobre a vida dos organismos seria, portanto, um equívoco. Mas isto não elimina o fato de que, em se tratando da análise da saúde e da doença, é a valores que recorremos, seja como organismos, seja como sujeitos.

| O sentido da terapêutica

Doença implica *pathos*, “sentimento direto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Cangulhem, 1982, p. 106). Longe, porém, de significar simples ausência, desordem, negatividade, a patologia é sempre uma resposta, um recurso do organismo para reequilibrar o jogo com o meio: “O patológico não é a conseqüência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido de que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma” (ibid., p. 146). A patologia implica a percepção pelo organismo da necessidade de produção de novas normas para fazer face ao desafio dirigido a ele. É uma “reação generalizada com intenção de cura” (ibid., p. 21), como diz Cangulhem, “uma experiência de inovação positiva do ser vivo” (ibid., p. 149). Embora nem sempre sua solução seja normativa o suficiente para dar conta dos desafios que tem de enfrentar, a patologia não implica apenas alteração no funcionamento do organismo, mas também — em maior ou menor grau — uma reestruturação do mundo vivido e o surgimento de um outro modo de vida. Ela é uma forma de expressão normativa e autopoietica em que indivíduo e mundo

se reorganizam.⁴ O impacto da aplicação dessa concepção na clínica não pode ser subestimado.

Conceber assim o patológico redefine o entendimento do que sejam suas relações com a saúde. Em primeiro lugar afirma-se o caráter abrangente das modificações impostas pela patologia: “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (Canguilhem, 1982, p. 149). Por outro lado, como esta citação já indica, a saúde não se define como ausência de doença, mas, ao contrário, como a potência vital que permite ao indivíduo adoecer e recuperar-se. A doença é um teste para a normatividade do organismo que, sendo saudável, será capaz de ter sucesso. Desse modo, o que caracteriza a saúde não é o estado atual de equilíbrio bem-sucedido, mas a capacidade de ultrapassar este equilíbrio e produzir novas normas para dar conta da situação emergente. Ser sadio não é exatamente ser normal, porque a doença é, no sentido factual do termo, normal – ou seja, embora reconhecida como algo a ser debelado, é previsível e compõe o cenário de uma vida saudável. A saúde implica a doença.

Olhar para a clínica com os olhos de Canguilhem traz várias consequências, entre as quais vale a pena destacar duas: a primeira é colocar a experiência de sofrimento no centro da terapêutica. Aliviar o “sentimento de vida contrariada” e ampliar, na medida de cada um, seu horizonte de normatividade são os elementos que dão o sentido de toda ação clínica. Protocolos, técnicas, exames, intervenções encontram nestas referências a sua justificação. Tratar é exercer uma arte e não apenas aplicar conhecimentos. Nenhum dado objetivo, nenhum parâmetro estabelecido, nenhuma evidência consagrada

⁴ A definição de *autopoiese* como característica fundamental dos organismos vivos foi desenvolvida de forma extensa por Humberto Maturana e Francisco Varela (1997). Para uma aproximação entre as idéias desses autores e as de Canguilhem, cf. Maurino, M. L. (s.d).

pode colocar em segundo plano a verdadeira essência da *ars curandi*. Ao caracterizar a normatividade como o centro de gravidade de sua descrição dos fatos biológicos, Canguilhem mostrou que, no caso da medicina, epistemologia e ética precisam andar de mãos dadas. Se o que define a vida em geral, e a vida humana em particular, é a capacidade de *valorizar*, então a medicina só pode ser uma prática na qual o conhecimento está a serviço de valores – fundamentalmente o valor da vida.

Não importa aqui discutir se a tese canguilhemiana acerca da normatividade vital implica a adoção de uma perspectiva pragmática de *atribuição* à vida de intencionalidades e direções que a sua teoria irá *decrever* como valores inerentes ao fenômeno vital, ou se a tese se sustenta na idéia de que o valor da vida, *independentemente* de descrições humanas, é um *fato*, que a ciência deveria simplesmente reconhecer (no primeiro caso, a responsabilidade pelas crenças sobre a vida é nossa; no segundo, esta responsabilidade é delegada a uma instância extra-humana – a própria vida).⁵ Pode-se concordar ou não com Canguilhem quanto a fazer da vida em si mesma a fundação para suas concepções sobre o normal, o patológico e a terapêutica. Mas o essencial de sua abordagem desses fenômenos é a revolução que se opera no olhar sobre esses temas quando suas posições são adotadas.

Seu efeito sobre a clínica e o entendimento do universo da patologia pode ser ilustrado, por exemplo, pela obra de autores como Oliver Sachs (1995) e V. S. Ramachandran e S. Blakeslee (2002) na linha inaugurada por Goldstein (1983). No caso da psiquiatria e da saúde mental, sua importância dificilmente pode ser subestimada. Sua insistência na dimensão fenomenológica do fenômeno patológico (“como é que é estar deprimido, delirante, angustiado”) mostra os limites de uma psiquiatria que pretende se transformar

⁵ Uma discussão muito bem-feita sobre esta questão se encontra em Ferraz, C. H. (1994).

em ciência por meio da depuração de todo "subjetivismo" em prol de uma abordagem "objetiva" do sofrimento psíquico. Ao apontar para os impasses do fisicalismo hegemônico na psiquiatria atual, a análise de Cangulhem constrói também um programa de pesquisa para todos aqueles que apostam numa clínica capaz de oferecer respostas às surpreendentes mudanças nos quadros psicopatológicos prevalentes hoje em dia. E esta é a segunda consequência importante da adoção da perspectiva cangulhemiana da clínica, que vale tanto para o campo da saúde mental quanto para o universo da clínica médica em geral: contra o objetivismo reinante na medicina e na cultura, ele não nos deixa esquecer que, em matéria de sofrimento, é o indivíduo quem deve ter a última palavra.

Referências bibliográficas

- BECK, U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Cambridge: Polity Press, 1993.
- CANGULHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CASTEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Editora Fiocruz, 1999.
- FERRAZ, C. H. O valor da vida como um fato: uma crítica neopragmática à epistemologia de Cangulhem. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-Uerj, n. 105, 1994.
- GOLDSTEIN, K. *La structure de l'organisme*. Paris: Tel Gallimard, 1983 [1953].
- MATURANA, Humberto; Varela, Francisco. *De máquinas e seres vivos – autopoiese: a organização do vivo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MAURINO, M. L. *Normatividade vital: um conceito revisitado*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj, s.d.
- RAMACHANDRAN, V. S.; BLACKSLEE, S. *Fantasmata no cérebro*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SACKS, O. *O antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SIBILLA, P. *O homem pós-orgânico*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

RACHEL AISENGART MENEZES

Entre o biológico e o social



| Introdução

Gostaria de iniciar a apresentação de minha pesquisa¹ explicando o que motivou sua realização: a idéia surgiu a partir de minha experiência como voluntária no atendimento a pacientes soropositivos e seus acompanhantes, em sala de espera ambulatorial de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. Diante do agravamento do quadro de alguns doentes, comecei a perceber mudanças na postura de membros da equipe profissional como, por exemplo, um certo afastamento com relação a estes pacientes e seus familiares. Este tipo de reação por parte da equipe foi o que me motivou a investigar como se dá o exercício da prática médica quando voltada a indivíduos gravemente enfermos. A pesquisa tem como foco a prática dos profissionais de saúde em um setor específico do hospital moderno: o Centro de Atendimento Intensivo (CTI). A opção por internados graves, não necessariamente soropositivos, deu-se em virtude da facilidade de acesso aos mesmos. Sendo assim, considerei o CTI

¹ Pesquisa que deu origem à dissertação de Mestrado *Dificuldades decisórias: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*, defendida no Instituto de Medicina Social da Uerj em 2000.

um setor privilegiado do hospital para o desenvolvimento da investigação, por concentrar recursos humanos e tecnológicos a serviço de indivíduos com grande risco de vida.

A fim de compreender as práticas profissionais em hospital, busquei estudos sobre o tema: uma produção teórica e empírica, desenvolvida no campo das ciências humanas sobre a instituição médica, o hospital e a formação do saber médico. O hospital ocupa hoje na sociedade ocidental um lugar central e quase naturalizado no que concerne à prestação de serviços direcionados à saúde, à doença e à morte. A centralidade dessa instituição é fruto de um longo processo histórico. A percepção de sua historicidade se aguçou principalmente a partir de 1960, quando surgiram diversos focos de insatisfação quanto ao seu papel e funcionamento, aliados a uma crescente crítica social endereçada à medicina como um todo.

Tal contexto foi fundamental para a emergência de um amplo campo de reflexão sobre o hospital. De um modo geral, as abordagens enunciam críticas à prática médica e hospitalar e, em especial, ao crescente processo de desumanização dos doentes que ocorre em seu interior. Estes estudos mostram que, quer se tratasse da relação do médico com seus clientes, quer se tratasse da relação do médico com outros profissionais da área de saúde, energia, como problemática central, o poder médico e os consequentes assujeitamento e objetivação do doente que seu exercício implicava.

A questão, contudo, não parece ser tão simples, pois, para que o médico atingisse tal lugar de poder, foi necessária uma série de transformações sociais que culminariam na delegação dos cuidados dos doentes e moribundos ao saber médico institucionalizado. Os posicionamentos críticos iniciais ao poder médico tornaram-se mais complexos nas duas últimas décadas do século XX, abrangendo um espectro mais amplo de questões. Por um lado, o poder é exercido porque há uma delegação social ao saber médico e às suas instituições e, por outro, porque a própria prática médica teria sido reorganizada

visando abarcar tal delegação social. Assim, o último século assistiu a uma administração da morte na qual a medicina, por seus progressos técnicos, passou a ser responsável tanto pela eficácia e esperança com relação à postergação da morte, como por seu ocultamento social. A morte é, pois, ocultada socialmente por sua delegação ao médico e ao hospital, tornando-se assim medicalizada, institucionalizada, racionalizada e rotinizada.

Mais do que a constatação de que os cuidados dos doentes e moribundos são socialmente delegados à instituição médica e ao seu saber, emerge também nessa literatura uma interessante análise da própria concepção medicalizada da morte. No hospital moderno, a morte não aparece mais como um evento simples, mas como um fenômeno complexo, passível de ser decomposto analiticamente em morte clínica, cerebral e biológica. Sua definição se revela circular, ligada à atuação médica, na qual pode haver tanto a decisão de interromper os "cuidados" quanto esforços "heróicos" de reanimação podem ser executados. Tal situação colocou em questão o alcance do poder do médico, o limite de suas possibilidades técnicas, mas também o caráter exclusivo de sua decisão, mais do que a própria natureza da morte.

Buscando contribuir para essa tradição crítica, minha investigação centra-se no hospital compreendido como local de delegação de cuidados e campo de exercício da competência do saber médico. Trata de refletir de que forma, com quais tensões e consequências se dá o exercício da prática médica. Com esse intuito, desenvolvi meu estudo em torno da tomada de decisões médicas referentes à doença, ao sofrimento, à vida e à morte dos pacientes. Escolhi o processo decisório por considerá-lo ponto de convergência central da articulação das tensões relativas à delegação de cuidados à instituição hospitalar e também das tensões constitutivas do próprio campo da prática dos profissionais de saúde. Não se trata, portanto, de escolher entre uma concepção "humanitária" ou "desumanizadora"

da prática médica e sim de compreendê-la, como querem alguns autores, como constituída por uma dupla dimensão, que pode ser nomeada de diversas formas: “competência-cuidado”, “objetividade-subjetividade”, “racionalidade-experiência”, “saber-sentir”, entre outras. Não são pólos facilmente articuláveis, e ao mesmo tempo são intrínsecos e inerentes à prática médica, conduzindo necessariamente a uma tensão compreendida como estruturante dessa mesma prática. A “competência” seria associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, ao passo que o “cuidar” estaria associado à linguagem dos valores, das relações, da compaixão e da empatia — o “não-técnico”. A medicina — como instituição cultural — aceita e define esta dicotomia como essencial ao desempenho do médico em sua prática, uma vez que este deve dar completa primazia à competência, sendo esta a base presumida para sua prática. Contudo, somente o saber e a competência não dão conta da amplitude do exercício da prática médica, pois a experiência, o sentir e a subjetividade do médico também são extremamente relevantes no atendimento ao doente.

| Metodologia

O método selecionado para o desenvolvimento da pesquisa foi a observação participante, por ser considerado o melhor modo de apreensão da vida cotidiana do grupo social investigado. Foi o que busquei ao frequentar todos os espaços do serviço, assistir às reuniões formais da equipe e participar das reuniões informais, como lanches e almoços. A observação restringia-se a contatos com a equipe profissional, não tendo ocorrido contatos diretos com os pacientes internados no CTI. O estudo centrou-se na observação do exercício prático da equipe e na busca da apreensão das interpretações dos profissionais sobre os eventos. Esta apreensão foi buscada em conversas informais e, posteriormente, entrevistas gravadas com dez profissionais do setor (três médicos *staff*, um médico-residente, um estagiário de

medicina, uma psicóloga, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e um residente de fisioterapia). As entrevistas foram bem aceitas e todos os entrevistados disseram ter gostado da conversa, o que pode indicar a falta de espaço para reflexão e expressão do que estes profissionais vivem em seus cotidianos.

Os profissionais percebiam minha presença de distintas formas, ora como familiar — pois sou médica —, ora como exótica. Como observadora eu também oscilava, muitas vezes sentindo-me completamente distante daquele universo, como uma “estranha”, e, em outros momentos, percebendo-me completamente envolvida com os dramas humanos ali vividos. Para que o pesquisador possa investigar um objeto, é necessário e imprescindível tanto uma distância mínima do tema, como um certo envolvimento com o objeto de estudo. Deste modo, movimentos de distanciamento e aproximação sucessivos foram executados ao longo do período de observação de três meses, totalizando cem horas (em dias e horários variados).

| O CTI

O Centro (ou Unidade) de Tratamento Intensivo surgiu nos Estados Unidos e na Europa, entre 1946 e 1948, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos respiradores artificiais, na busca da manutenção da vida dos indivíduos acometidos pela enfermidade. No Brasil, este tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte do Sul e Sudeste do país. O CTI foi criado e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar destes pacientes e lidar com a aparelhagem específica.

O hospital selecionado para a observação possui cerca de 500 leitos para internação, não oferecendo atendimento de emergência, apenas ambulatorial, e o CTI conta com 7 leitos. O primeiro contato que um visitante estabelece com o setor se dá através de um vídeo

explicativo sobre o funcionamento do serviço, sua aparelhagem, bem como os cuidados que devem ser tomados pelos visitantes, como lavar as mãos antes e após o contato com os internados. O contato inicial está marcado pela apresentação das regras e normas de funcionamento a que o visitante deve atender. Um equipamento eletrônico faz as vezes de intermediário, o que é indicador do lugar e da importância da tecnologia nesta unidade.

O ambiente do CTI produz uma série de impactos sensoriais: muitos ruídos, desde as vozes dos profissionais até os sons da aparelhagem, com seus vários alarmes sonoros, preenchem o local. A seguir, há um impacto olfativo: um odor, uma mistura de cheiros de desinfetante, medicações, materiais para curativos e de secreções dos doentes: uma combinação enjoativa e variável. O ambiente é muito claro, iluminado artificialmente por luz fluorescente, com as janelas sempre fechadas e recobertas por um filtro, de forma que não é possível a visão da luz do dia. A temperatura é geralmente fria e mantida constante por aparelhagem de ar-condicionado central. O isolamento do mundo exterior torna o CTI um local onde há quase uma total abolição do tempo — não se sabe, uma vez ali, se é dia ou noite.

O “salão”, um espaço semicircular, é o maior ambiente da unidade, onde estão os leitos dispostos ao redor do posto de enfermagem, de onde é possível uma visibilidade máxima dos pacientes, possibilitando controle e vigilância permanentes. Há também outros espaços (quartos de repouso dos profissionais, copa, salas de reuniões, além de depósitos de materiais), por onde circulam cerca de 100 profissionais por mês, trabalhando por plantões. Um profissional só sai quando chega seu colega para substituí-lo. A unidade funciona as 24 horas do dia e conta com as seguintes categorias profissionais: médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, estudantes de fisioterapia, psicóloga, faxineiros, secretárias, nutricionista e assistente social. Trata-se, pois, de uma equipe multiprofissional, bastante complexa. A rotina de trabalho

é intensa, havendo períodos do dia (especialmente durante a manhã) em que há cerca de 30 profissionais no “salão”. Diariamente (nos dias de semana) há uma reunião de equipe, coordenada pela médica responsável pela rotina, denominada “visita”, quando são discutidos os casos dos pacientes internados e as decisões médicas são tomadas.

| O paciente e sua classificação

O CTI pesquisado — inserido em um hospital com cerca de 500 leitos — é uma unidade que tem a possibilidade de prestar assistência a, no máximo, 7 doentes. Assim, em caso de agravamento do estado de um paciente, com indicação de internação no CTI, pode haver ou não disponibilidade de vaga. O médico intensivista tem consciência dessa relação entre demanda e oferta, sabendo que alguém poderá ser excluído da possibilidade de cura ou de vida na falta de vaga para internação. Diariamente há cerca de 2 solicitações de vaga por parte das diversas enfermarias do hospital. Decisões são tomadas diariamente pelo profissional de CTI: internação, escolha de medicamentos, uso da aparelhagem e até reanimação — ou não — do paciente. O profissional se angustia com estas responsabilidades e tem clareza de que decide baseado em fatores de distintas ordens: técnicas, sociais e morais.

Na prática do serviço observado, há uma administração dessas decisões. Durante o período de pesquisa, alguns critérios — explícitos e implícitos — foram sendo evidenciados, de forma a constituir, a meu ver, um “sistema” semi-organizado de classificação dos doentes, a partir do qual o intensivista assume determinadas posturas e decide condutas. A sistematização dos “tipos” de doentes não é restrita ao CTI investigado, mas ocorre também em outros serviços hospitalares.

A meu ver, esse “sistema” classificatório é fundado basicamente em três eixos. O primeiro baseia-se genericamente em uma ordem técnica, avaliável pelo saber médico — eixo de “viabilidade”. O segundo

é regido por atributos sociais, indicando a posição do indivíduo em contexto social mais amplo e sua inserção na instituição — eixo “social”. O terceiro também se firma em características sociais, entretanto está referido à dimensão das normas e regras relativas ao comportamento de um doente internado no CTT — eixo “institucional”. Em cada um dos três eixos há categorias valoradas positiva e negativamente pelos profissionais. Ao qualificar um paciente de determinado modo, o profissional inicia inconscientemente um processo decisório. Essas categorias ordenam simbólica e praticamente a tomada cotidiana de decisões, que constituem o modo mais visível da prática médica.

| *O paciente “ideal”*

O primeiro critério a respeito do paciente a ser aceito pelo CTT é a sua “viabilidade”, isto é, qual caso derém possibilidades de se beneficiar com a internação. Ao surgir uma vaga, um médico é encarregado de avaliar o estado dos doentes (em enfermarias que solicitaram pedido de internação) para selecionar quem será transferido para o CTT. Nenhum critério “objetivo” de viabilidade é adotado pelo serviço e a discussão entre a equipe sobre os casos é recorrente. Segundo uma médica do setor, “é uma questão de bom senso...”, o que indica uma margem de subjetividade, embora certos quesitos integrem o que é definido como tal. Há regras consensuais, não necessariamente conscientes, para os distintos profissionais. Muitas vezes discordâncias surgem e, geralmente, o intensivista mais experiente apresenta avaliação diversa de seu colega com menos tempo de prática. Um exemplo: para apenas um leito vago havia dois pedidos de internação para homens na mesma faixa etária, em torno dos 40 anos. Uma discussão se estabeleceu entre dois médicos: o mais jovem insistia na exclusão de um dos doentes pelo fato de ele ter Aids, enquanto sua colega, com mais tempo de prática clínica, percebia chances iguais de recuperação em ambos os casos. Como

disse a médica, durante a discussão: “É uma escolha de Sofia...”.² Nesse caso sua opinião prevaleceu e o paciente com Aids foi aceito no CTT. A expectativa de vida parecia ser um dos parâmetros que estavam em jogo, expectativa esta avaliada também sob o prisma do estigma da doença, o que, aliás, se fez presente por todo o tempo de internação desse doente. Um médico se referia jocosamente a este paciente com Aids como “o nosso garçonzinho promíscuo”. O parâmetro referente à expectativa de vida ficou evidente também durante o tempo de internação. Ao surgir um pedido de vaga para um menino de 12 anos, um médico plantonista expressou seu desejo: “Se o paciente do isolamento resolver ir logo... Al abre mais vaga. Esse aí não vai durar muito mesmo, já está cinza-azulado, podia ir logo e resolver o problema da vaga...”.

Esta situação ilustra a importância de certas referências — como a idade e o tipo de patologia, entre os critérios não-explicitos adotados pela equipe profissional. Uma hierarquia etária se apresenta claramente: quanto mais jovem o doente maior o interesse e investimento dos profissionais do CTT. Deste modo, muitas vezes o idoso é desqualificado por alguns profissionais, que se referem a ele como “vovô” ou “vovossauró”. Na sociedade ocidental contemporânea, com a exacerbação da atenção dada ao corpo, em especial ao corpo são, vigoroso, ágil e sexualizado, a velhice parece incomodar — e é conseqüentemente desqualificada — por sua inexorabilidade e proximidade da morte. A equipe profissional reproduz assim os significados mais amplos conferidos à velhice e ao envelhecimento.

O processo de tomada de decisões da equipe é iniciado com a seleção do paciente “viável”, e, a partir de então, várias situações podem surgir, cada uma demandando novo posicionamento dos pro-

² A expressão “escolha de Sofia” refere-se a um filme, em que a personagem principal (Sofia), em um campo de concentração, deveria escolher qual de seus dois filhos iria viver.

fissionais. A equipe visa, através de seu trabalho, salvar uma vida combatendo a doença que a ameaça, de modo que o esperado e desejado é que o enfermo apresente uma boa resposta terapêutica, melhore e tenha alta do CTI. O doente "viável", ao apresentar boa resposta em seu curso de internação, passa a ser nomeado de "responso". É o paciente que mais gratifica a equipe, certamente por reiterar seu saber técnico e sua competência.

Estas não são as únicas possibilidades de classificação dos internados, pois a posição social do indiv/duo também é relevante. Há, decerto, um discurso igualitário no CTI, como disse uma auxiliar de enfermagem: "Aqui não importa se vem um professor não sei de onde, o pai, a mãe da deputada. Não importa quem é o paciente. Importa que é um paciente. O tratamento é igual, não tem diferença se é lixeiro que vem aqui".

Não obstante essa fala, na prática a equipe se mobiliza diversamente de acordo com a posição social dos internados. O "ideal", segundo meus informantes, é o paciente "anônimo", aquele que não possui inserção de destaque nem "conhecimentos" na instituição que o colocuem em posição especial. O doente "anônimo", bem como sua família, em geral não questiona as decisões da equipe nem possui laços sociais – institucionais ou não – com poder de interferência junto aos profissionais. Trata-se de um paciente que não confronta o saber da equipe do CTI, não interfere em suas decisões: resigna-se em aceitá-las.

Há uma outra forma de classificação do internado, também originária de lógica institucional, referida à sua conduta durante a internação: o "ideal" para a equipe é o paciente "cooperativo", definido da seguinte forma por um médico-residente: "Um cara legal, calmo, tranquilo, não reclama de nada, bonzinho, coopera". Trata-se do doente – e também de sua família – que se submete sem queixas às manipulações e procedimentos invasivos em seu corpo. Segundo a equipe, este tipo de internado "facilita" o trabalho. Para a equipe

profissional, há mais um tipo de paciente "ideal": aquele que não possui condições de expressão e, caso tenha tais condições, que "saiba" comportar-se de modo a não interferir no desenvolvimento do trabalho terapêutico. Dentre os profissionais com quem mantive contato, houve uma exceção a esse respeito: a psicóloga, a única que disse preferir lidar com indiv/duos acordados e lúcidos.

A organização do trabalho no CTI visa à maior eficiência técnica possível e o intensivista se centra nos parâmetros de funcionamento dos órgãos dos pacientes e nos resultados dos exames. A rotina do CTI é pautada prioritariamente pelo saber técnico e o doente "ideal" é o que se submete ao poder do profissional nas diversas etapas do tratamento. A rotina das equipes é organizada de modo a maximizar a utilização dos recursos técnicos, silenciando a expressão emocional dos profissionais, dos pacientes e de seus familiares. Lidar com emoções e sentimentos pode demandar um tempo e uma mobilização afetiva dos profissionais, muitas vezes mencionada por eles como "interferências" ao bom andamento de seu trabalho. Assim, o doente "ideal" – além de "viável", "responsivo", "anônimo" e "cooperativo" – é o indiv/duo que, por suas características sociais e atributos pessoais, está suficientemente próximo da equipe, de modo a causar uma certa empatia possibilitadora de motivar seus cuidados, e suficientemente distante para não produzir um maior envolvimento emocional por parte dela. É esta posição que faz a relação equipe-paciente se situar em limites emocionais considerados "adequados", como disse um médico: "O paciente mais difícil é aquele com quem você se identifica".

Em síntese, o doente considerado "ideal" pela equipe "responde" à terapêutica conforme o esperado, é dócil e submisso às normas e regras implícitas de comportamento e cujos atributos sociobiológicos, como a idade, não têm o poder de produzir uma identificação radical, portanto, não "interferem" nas decisões tomadas pelos pro-

fissionais. O brilho do intensivista pode então ser revelado através dele, demonstrando a eficácia do seu saber.

! O paciente "difícil": os limites do poder do intensivista

A equipe do CTI prefere lidar com o doente que se aproxime do "ideal", mas nem todos os internados reagem ou se comportam de acordo com este modelo. Quando isto ocorre, passam a ser classificados como casos "difíceis". O "rebelde" é o oposto do "cooperativo": não aceita tubos e fios em seu corpo, tentando muitas vezes retirá-los, não se sujeita às manipulações ou ao uso da aparelhagem. Em uma observação, presenciei o despertar de um senhor de cerca de 70 anos. Ao perceber que o paciente começava a movimentar seus braços e mãos, um enfermeiro amarrou-lhe as mãos, argumentando que "ele pode acabar tirando o soro e os aparelhos". A movimentação corporal do internado foi considerada pelo profissional como risco à correta posição dos fios e tubos conectados a seu corpo: foi classificado de "rebelde" e seus braços amarrados à grade do leito. Pouco depois uma enfermeira conversou com o doente, explicando os riscos de desconexão da aparelhagem com a movimentação e soltou seus braços. Esta situação demonstra que a classificação ou não do paciente como "rebelde" depende da disponibilidade — objetiva ou subjetiva — do profissional. Ao ser confrontada por um internado "rebelde", a equipe promove algumas formas de controle: sedação medicamentosa ou contenção física — amarrando os braços e/ou pernas nas grades do leito ou enfaixando totalmente a mão. O corpo do enfermo torna-se um campo de batalha de disputa de poder, onde a equipe, visando ao tratamento, à manutenção da vida e à preservação de sua identidade profissional, deve se impor. "Cooperação" significa sujeição: diante da "rebeldia", algumas vezes ameaças são feitas. A "rebeldia" refere-se algumas vezes à aparelhagem, e expressões como "brigar com a máquina" ou "não aceitar o respirador"

são frequentemente utilizadas pela equipe. Paradoxalmente, o doente que não aceita a retirada do tubo do respirador também pode se tornar um problema para os profissionais, e o enfermo pode ser considerado "preguiçoso" pela equipe.

O tempo é um importante fator na "rebeldia", talvez até um critério presente na classificação. Uma vez que a equipe busca a melhor utilização de seu tempo, associada à eficiência da aparelhagem, ao se "rebelar", o enfermo demanda um tempo maior por parte dos profissionais — um tempo para o seu convencimento ou para sua contenção. A cada etapa do tratamento, há assim um comportamento esperado pela equipe e esta reage de modos distintos às alterações das condutas dos internados. Desta forma, um paciente "rebelde" pode se tornar "cooperativo".

A "rebeldia" é uma categoria pertencente ao "eixo institucional" de organização das categorias classificatórias. Com referência ao "eixo social", o "ideal" para a equipe é o doente "anônimo". Em contraposição, há duas possibilidades classificatórias: o "VIP" e o "estigmatizado", ambas produtoras de mobilização dos profissionais. O enfermo "VIP" situa-se no plano das relações institucionais e pessoais, do "conhecimento", como, por exemplo, um filho de funcionária antiga do hospital. Quando há indicação de internação no CTI, a prioridade é sempre preencher as vagas com os pedidos das diversas enfermarias do hospital e só depois buscar atender às solicitações externas. No entanto, "jeitinhos" podem ser dados, especialmente ao se tratar de pessoa que tenha relação com certas instâncias de poder institucional. A equipe do CTI mobiliza-se com a internação desse tipo de paciente, como disse um médico: "ah, paciente VIP dá um trabalho, tem tanta gente se metendo...". Algumas vezes há cobranças e interferências por parte dos "conhecidos" do doente com relação aos cuidados a ele prestados, como também são abertas exceções às regras e normas como, por exemplo, o horário das visitas.

Por ocupar um lugar "especial", o internado "VTP" contradiz, na prática, o discurso formalmente igualitário vigente no CTI.

Esta não é a única possibilidade de contraposição ao "ideal" do anonimato, pois enquanto o "VTP" tem uma identidade social excessivamente positiva, o "estigmatizado" é desvalorizado por seus hábitos. O estigma pode ser tanto pelas práticas alimentares, como pelas opções e práticas sexuais ou pelo uso de drogas – legais ou não. Como disse um estragário de medicina:

Tem doença em que o paciente é culpado (...) Um paciente que é alcoólatra de muito tempo, ou o tabagista, ou o tipo de dieta (...) Aquele que faleceu há pouco tempo era hipertenso, bebia demais, comia dieta hiperlipídica, enfim, ele tinha todos os fatores de risco (...) Enfim, não justifica também eu não querer tratar dele mas... ele poderia evitar alguma coisa (...) Sabe, é diferente aparecer um câncer de pulmão em quem nunca fumou (...)

O indivíduo é de certa forma culpabilizado – por alguns profissionais – por seu adoecimento, o que pode interferir na relação do profissional com o doente e seus familiares. Do mesmo modo que, ao se identificar com o paciente, o profissional aproxima-se além da distância considerada "ideal", ao desqualificá-lo, o afastamento torna-se igualmente problemático. Tal situação pode, em alguns casos, conduzir a um menor investimento por parte dos distintos membros da equipe. Um episódio é ilustrativo: um internado com Aids teve uma piora considerável, e um médico disse então: "(...) provavelmente o nosso garçonzinho promiscuo não passa de hoje (...)". No dia seguinte, a respeito do mesmo doente, uma médica disse: "Não vamos desistir desse doente, vamos tentar de tudo. Ele é jovem, tem um bom coração, está reagindo e pode ser salvo". A expectativa do tempo de vida talvez tenha sido avaliada diversamente pelos profissionais a partir do estigma sexual de sua doença.

O profissional tem consciência de que, ao tomar uma decisão, muitas vezes baseia-se não somente em seu conhecimento técnico

como também em valores sociais. Um episódio relatado em entrevista por um médico é ilustrativo:

Nós tivemos uma doente aqui que a gente decidiu parar tudo. Ficamos três dias parados e ela não tinha morte cerebral. Nós tomamos esta decisão. Ela era AF, excepcional. Paramos tudo numa segunda-feira e na quarta-feira um médico decidiu voltar com tudo, decidiu sozinho. Ele achou um absurdo terem parado e voltou com tudo. E não é que a menina voltou, acordou e saiu do CTI! Ela saiu falando.

O excepcional é um indivíduo socialmente desvalorizado, e é provável ter sido esse um dos fatores concorrentes para a decisão da equipe. Em geral esse tipo de decisão, que envolve uma grande responsabilidade do profissional, é tomada pela equipe em conjunto. Contudo a vida dessa jovem – portadora de uma deficiência, e por isto estigmatizada – foi salva por uma iniciativa individual, o que é uma indicação da amplitude do poder do médico de CTI. É provável que esse profissional não tenha aceito a classificação – efetuada pela maior parte da equipe – do caso como "inviável". Ao considerar a enferma "viável", decidiu pelo investimento em sua vida. O "ideal" para a equipe, com relação ao "eixo da viabilidade", é o doente "viável" e "responsivo". O enfermo inicialmente qualificado como "viável", ao não apresentar resposta terapêutica favorável, pode ser reclassificado como "inviável" e "sem prognóstico", tornando-se apenas o ocupante de um leito.

A categoria "inviável" pertencem duas outras classificações: o "highlander"³ e o "morredor". O primeiro é o doente que, a despeito de todo o investimento terapêutico, não apresenta melhora nem piora durante um tempo prolongado, sendo também referido pela

³ Essa denominação, muito frequente nos hospitais do Rio de Janeiro, refere-se a um filme cujo herói é um guerreiro imortal. Ele só morre se tiver sua cabeça cortada, separada de seu corpo.

equipe como "resistente" e "imortal". Por vezes o "highlander" resiste, apesar da decisão médica de interromper o tratamento e a realização de exames — fato para o qual os profissionais não encontram qualquer explicação científica. Em geral, o "highlander" permanece internado por um tempo maior do que o usual, até que seu quadro se altere, passando a responder positiva — quando é reclassificado como "vível" — ou negativamente, tornando-se um "morredor".

O "morredor" é o doente com vários sinais indicadores de morte próxima, sendo a constatação de morte cerebral um dado de extrema relevância para a equipe. Segundo meus informantes, a confirmação de morte cerebral somente é possível através de exame eletroencefalográfico, o que nem sempre pode ser feito, e apenas é efetuada uma avaliação clínica.

A partir da classificação de um paciente como "morredor", uma série de providências é tomada: contato com o Banco de Órgãos para avaliação dos possíveis órgãos em condições para doação; a comunicação aos familiares do estado do doente e o pedido de autorização de retirada de órgãos para doação; a seleção do próximo enfermo a ocupar o leito vago em breve. Nesse momento, a equipe deve tomar uma decisão de central importância: que medicações e aparelhos serão mantidos até o óbito.

Os "morredores" mobilizam muito a equipe e as reações dos intensivistas são distintas de acordo com os casos. Em geral, quanto mais jovem o "morredor" maior a expressão de certos sentimentos da equipe, em especial o de desânimo. De certa forma o "morredor" é a prova do limiar da ação heróica do profissional de CTI, e muitas vezes o profissional afasta-se do paciente agônico: a morte é muitas vezes entendida pelos profissionais do hospital como um fracasso. Pode-se assim compreender a atitude da equipe diante do "morredor": muitas vezes profissionais falam e agem próximos ao leito do paciente como se ele não estivesse mais vivo, e por vezes a equipe refere-se ao doente ainda com vida utilizando o tempo verbal passa-

do — os profissionais atuam como se a morte já tivesse ocorrido. Esta situação é denominada por diversos autores como "morte social", precedente à morte biológica.

A rotina das equipes é organizada de forma a silenciar a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares: desse modo, a morte, tão presente no CTI, é silenciada, banalizada, regulada e rotinizada. As palavras morte e morrer são evitadas e os eufemismos são largamente utilizados pelos profissionais do CTI: "está descendo a ladeira", "está indo embora", "está no finzinho", "não há mais o que fazer", "está afundando", "está entregue a Deus", "não vai durar muito", "parou, tentaram reverter e não deu", "não vai passar de hoje", além de "faleceu".

O cansaço e a mobilização do profissional o conduzem ao distanciamento do moribundo e de sua família, o que não significa necessariamente sua indiferença. O trabalho médico e o funcionamento do hospital servem para reforçar o ocultamento social da morte, e a equipe responde de forma particular às tensões originárias desse contato com a morte e seu estigma, construindo defesas coletivamente a fim de mascarar tais conflitos e tensões. A sensibilização do profissional diante dos casos muitas vezes não é bem-vista pela equipe, pois o "envolvimento" é percebido como uma dissolução dos limites necessários à atitude profissional "ideal". Nesse sentido, os mecanismos de gestão das emoções são cruciais para garantir a eficiência do trabalho.

Algumas considerações finais

De acordo com levantamento realizado por um jornal carioca, em abril de 1999 existiam 238 leitos de CTI na cidade do Rio de Janeiro, considerando-se a rede pública de hospitais de emergência federais, estaduais e municipais. A relação era, à época, de 1 leito para 23.240 habitantes em uma população estimada em cerca de 5 milhões e 500 mil habitantes. Segundo Pablo Yaquez, coordenador

da Câmara Técnica de Terapia Intensiva do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremetrij): "A falta de leitos de terapia intensiva é uma forma de controle social pela falta de assistência médica. É como uma câmara de gás. Estão morrendo pessoas que não deveriam morrer".

Decisões são tomadas cotidianamente pelo médico: quem será internado no CTI, quais aparelhos e medicamentos serão utilizados, os exames a serem solicitados, quais informações serão fornecidas ao próprio doente e aos seus familiares e, em caso de apenas um aparelho disponível, por exemplo, qual o paciente "escolhido" para receber a melhor aparelhagem. O médico, ao decidir, baseia-se — aparentemente — em seu saber técnico. Contudo, o olhar do profissional não é desinvestido de valores, encontra-se impregnado pelos significados compartilhados por sua cultura e pelos valores atribuídos pela sociedade. Como disse Sergio Rego, da Sociedade Brasileira de Bioética — Regional RJ, em entrevista ao *Jornal do Cremetrij*:

São muitos os fatores que podem interferir na decisão do médico em reanimar ou não o paciente. Podem ser fatores culturais e até mesmo de pressão do hospital em desocupar o leito para colocar outro paciente.... A bio-ética possibilita uma discussão sobre esse assunto, na medida em que considera que não existe mais um único princípio aceito por todos e permite que outros princípios morais aflorem com base em uma realidade mais ampla.

(Sergio Rego, *Jornal do Cremetrij*, abril 1999, p. 13)

Ao tomar uma decisão referente à saúde, à doença e à vida dos doentes a seu encargo, o profissional deve ter consciência da extensão de sua decisão, bem como da necessidade de critérios técnicos, advindos do campo do saber médico, como de discussão ética ou bio-ética. Entretanto, este tipo de discussão — ética ou bioética — corre o risco de permanecer restrito ao campo técnico da medicina. Finalizo com alguns questionamentos: Serão as reflexões no interior do campo profissional suficientes? Em sua formação profissional, o

futuro médico recebe habilitação suficiente para lidar com tais dilemas éticos? Creio que a existência de um curso como este seja uma das alternativas à ampliação dos debates sobre a prática médica.

Referências bibliográficas

- ARDES, Philippe. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
- _____. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- _____. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BONET, Octavio Andrés. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- DESLANDES, Suely Ferreira. *Fragéis densos: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.). *Doença, soft-mente, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____. *Micro-física do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HERZLICH, Claudine. *Os encargos da morte*. Rio de Janeiro: IMS/UFERJ, 1993.
- MACHADO, Maria Helena. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- MENEZES, Rachel Aisengart. *Dificéis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) — Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.
- RODRIGUES, José Carlos. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

*A medicina como projeto social:
controle dos corpos e sexos*



Sexo e sexualidade são fatos modernos, e, mesmo na história do Ocidente, nem sempre tivemos uma palavra que englobasse a multidão de significados ou de referentes que o termo sexualidade engloba. Na Grécia, por exemplo, não existia um domínio unificado daquilo que entendemos por sexualidade. Havia, de um lado, o “reino dos prazeres” (o “reino das afrodisias”) e, de outro, o “reino dos eros”, ou o “reino dos amores”. Com os amores lidava-se de determinada maneira e com as afrodisias, de outra. As afrodisias, os prazeres sensuais ou físicos, eram da mesma ordem do prazer de beber, comer, fazer ginástica etc. Já os eros eram múltiplos e com características distintas. Havia eros entre deuses e homens, entre deuses e deuses, entre homens e homens, entre homens e mulheres, entre animais e humanos, entre elementos naturais (chuva, vento, sol) e humanos etc. Todos eles existiam, no imaginário clássico antigo, como crenças com força performativa, ou seja, crenças capazes de formar condutas sexuais tão fortes quanto nossas crenças atuais.

Essa pluralidade, no Ocidente, foi drenada para uma só idéia: a de que a) existe um sexo ou uma sexualidade, e b) a de que essa sexualidade é bipolarmente e originariamente dividida em dois gêneros, homem e mulher. Tal idéia é tão familiar e natural aos nossos

hábitos mentais, que parece estranho pensar que, em determinada época, nem todos pensaram assim.

Até o século XVI, a medicina científica, da qual somos herdeiros, acreditava que havia apenas um sexo, o do macho (não o denomino de masculino, pois isto remeteria à moderna divisão de gêneros), cuja definição estava saturada de componentes metafísicos. Havia apenas o sexo do macho porque, no imaginário da Antiguidade, o homem simbolizava a perfeição da espécie humana. Segundo a filosofia neo-aristotélica, dominante na prática médica, o homem era mais perfeito por possuir mais "calor vital" que a mulher. O calor vital, em seu pleno desenvolvimento, conferiria ao sujeito a "forma" que hoje chamamos de masculina, e não se desenvolveria da mesma forma na mulher, que seria, portanto, mais fria do que o homem. A diferença entre os dois atenderia a uma necessidade da natureza. A mulher seria mais fria para que o embrião humano não fosse destruído pelo calor. Caso a mulher viesse a possuir um calor vital do tipo do calor vital do homem, não apenas seria incapaz de levar a gravidez a termo, como também apresentaria sintomas da doença diagnosticada como "vapores". Os "ataques ou crises de vapores" eram extremamente comuns no século XVIII, principalmente entre mulheres aristocratas. Nas explicações da época, o aumento dos vapores fermentava os humores uterinos, os quais, passando pelas fibras nervosas, chegavam ao cérebro, provocando a doença. Estes ataques fizeram a fortuna e a celebridade científica de dezenas de protopsiquiatras (a figura do psiquiatra ainda não existia). Mesmo na metade do século XIX encontra-se, na literatura médica, a discussão sobre a existência ou não de mulheres vaporosas, ou sobre se as mulheres vaporosas eram, de fato, histéricas.

O que importa observar nessas teorias médicas, bizarras aos nossos olhos contemporâneos, é que a unissexualidade defendida pelos gregos nunca impediu que os indivíduos fizessem a distinção entre homem e mulher. Como isto era possível? Era possível porque a

distinção não era feita com base em critérios sexuais. Para Galeno, a mulher era uma especialização funcional da sexualidade do homem e não um tipo próprio de sexualidade. Com as descobertas genéticas da moderna medicina, sempre que se pensa em sexualidade pensa-se em sexualidade cromossômica, responsável pela fisiologia específica de cada um dos dois sexos. Ora, nossos ancestrais conheciam a diferença existente entre homens e mulheres, entretanto não a interpretavam como expressão de uma duplicidade sexual original. Os mesmos dados que nos permitem, hoje, aceitar a noção de bipolaridade originária dos sexos eram vistos como prova de subespecializações funcionais de uma causalidade última, qual seja, a perfeição da forma masculina.

A base intelectual desta visão era o arcabouço do neoplatonismo, que sustentava a idéia de que, desde o início da criação, o mundo era povoado de protótipos (arquétipos), de formas eternas que eram sempre as mesmas e que possuíam uma finalidade última, em si, imutável. Essa noção valia para a medicina como também, por exemplo, para a paleontologia. Um paleontologista desse período seria capaz de olhar um peixe fossilizado e afirmar que aquilo era a "forma-peixe", a "arque-peixe", cristalizada na rocha, assim como o animal-peixe era a "forma-peixe" biologicamente cristalizada. Como a idéia de sedimentação ainda não existia em paleontologia, não se identificava o fóssil de um peixe como a carcaça de um animal morto, e sim como uma espécie de encarnação de formas eternas.

Os estudiosos denominam esta concepção da sexualidade de *one sex model*. Esse modelo do sexo único prevaleceu até quase a metade do século XIX, impedindo que os médicos interpretassem os dados anatômicos como interpretamos. Por exemplo, o primeiro esqueleto feminino só foi desenhado nos tratados de anatomia em 1793. Antes não se sentia a necessidade de fazê-lo, por não se acreditar haver algo próprio à mulher no esqueleto humano. As diferenças evidentes eram vistas como tecido adiposo adicional, o que eliminava

a necessidade de descrever o esqueleto da mulher como algo à parte. O interesse pela divisão dos gêneros, tendo como fundamento a divisão dos sexos, começou não por uma revolução científica, mas por uma revolução política, cultural e social, a qual teve origem no pensamento de Jean-Jacques Rousseau, que propôs uma nova forma de organização da sociedade. Rousseau é um dos pais do Iluminismo e o primeiro escritor romântico do Ocidente. Ele construiu seu pensamento dialogando com autores como Locke, Hobbes e Maquiavel, os quais buscaram explicar como os seres humanos poderiam viver em coletividade, não obstante o egoísmo que lhes é peculiar. Hobbes, por exemplo, apontou o medo de morrer ("o homem é o lobo do homem"), como aquilo que nos faria aceitar um poder maior capaz de garantir nossa integridade física. Rousseau, em contrapartida, afirmou que o medo, o interesse egoísta ou os mandamentos religiosos não eram fundamentais para que os homens permanecessem unidos. Para isto era necessário algo que, primeiro, juntasse duas pessoas, e, depois, juntasse um grupo maior até a formação de uma sociedade. Ou seja, homem e mulher se uniriam, depois formariam uma família, que, em seguida, formaria o conjunto social. Assim ele imaginou que seria estabelecido o contrato social, no qual o consenso seria facilmente obtido, uma vez que tudo se baseava no interesse espontaneamente altruísta da sexualidade conjugal.

Na tradição ocidental, quatro pensadores tentaram mostrar que a sexualidade tem algo a ver com o modo de vida em geral, ou com a ordem social e política: Platão, evidentemente, uma vez que a sexualidade fazia parte de um dos itens da política grega; Santo Agostinho, que determinou a maneira como hoje entendemos sexualidade; Rousseau e, finalmente, Freud, que não foi propriamente um pensador político, mas um pensador no campo das ciências humanas. Rousseau, como foi visto, criou o mito de que, para que a sociedade pudesse se organizar, uma unidade mínima entre homem e mulher seria necessária, pois seriam estas as condições capazes de formar a

população humana, a qual seria o contingente material dos países ou das nações. Historicamente este pensamento se produziu no momento em que o absolutismo estava decaindo. Rousseau é um dos predecessores da revolução democrática burguesa, da Revolução Francesa. A unidade mínima, gerada pela atração sensual extremamente forte, seria em seguida domesticada no amor entre homem e mulher, entre pais e filhos, e finalmente no amor à pátria.

Porém, uma coisa é a teoria, outra, a prática. Quando os revolucionários franceses proclamaram "liberdade, igualdade e fraternidade", estavam se referindo à liberdade, igualdade e fraternidade não para todas as pessoas, mas para os "homens bons". Mulheres, pobres, negros e mestiços, evidentemente, não estavam nesse rol, o que veio a gerar uma contradição política enorme.

Para justificar a desigualdade, era preciso fundamentá-la na própria natureza. Três grandes ordens de desigualdade foram, desse modo, concebidas pelos ideólogos liberais: a desigualdade entre homem e mulher, entre elite e povo e, finalmente, entre povos colonizadores e povos colonizados. A medicina forneceria os argumentos para a discriminação político-moral. Entre as mulheres e os homens, a desigualdade começou a ser buscada em áreas do conhecimento que, até então, estavam na periferia do interesse médico. Por exemplo, o interesse pelo estudo da constituição óssea que, como foi citado, era irrelevante, veio para o primeiro plano no século XIX. Por que isso? Porque, do ponto de vista da ossatura, argumentava-se, a mulher mostraria que seria distinta do homem. A mulher tinha o crânio menor e a pélvis maior, e isto significaria que ela seria menos inteligente (tamanho do crânio) e destinada prioritariamente à maternidade (tamanho da pélvis). Além disso, por ter a cabeça menor que a do homem, a mulher foi comparada às crianças e aos negros, que também tinham o crânio menor do que o do homem branco. O estudo médico das diferenças "naturais" entre os membros da elite e os da plebe ou entre os colonizadores e os colonizados também

começou a revelar evidências anatómicas, das quais não se tinha notícias, e todas elas mostravam a "inferioridade" moral dos pobres e dos colonizados em relação aos brancos metropolitanos e de classe burguesa. Foi assim que disciplinas como a fisiognomia e, logo depois, a frenologia vieram a ter o sucesso que tiveram, até se evaporarem no tempo e serem ressuscitadas, de forma aberrante, por Hitler.

Da mesma maneira que se começou a distinguir homem e mulher, começou-se a normatizar outros aspectos da vida. Foi nesse período que se criou o conceito de instinto sexual. Este é um conceito puramente metafísico, uma contrafação ou uma maneira ideológica de interpretar o evolucionismo de Darwin, segundo o qual existe na natureza a variação cega e a seleção adaptativa. A partir de uma mudança interna que é casual, aleatória e imprevisível, o mutante se adapta ao ambiente, consegue transformá-lo e assim sobrevive. Essa mutação pode atingir todo o organismo ou acontecer em mo-saico, por partes. A partir dessa idéia, os ideólogos passaram a interpretar o instinto como sendo teleológico, isto é, com uma finalidade natural e imutável.

A idéia da variação de Darwin transformou-se em ideologia do progressismo, segundo a qual "o atual é o superior" e não simplesmente "o acaso tornado necessidade". Além do mais, esse atual, cujas características físicas e morais serão normas para o resto da humanidade, foi definido como sendo o homem branco, burguês e metropolitano. Dizia-se, nessa época, que o instinto sexual seria responsável pelas variações ósseas entre homem e mulher e pelo prazer sexual que cada um podia ter. Ocorreu, dessa maneira, a invenção da divisão dos sujeitos humanos com base em predicados sexuais ou preferências sexuais. Até o século XIX, não se tinha conhecimento de nenhuma cultura que tivesse se preocupado em dividir os indivíduos humanos a partir de tais critérios. Para um grego, um chinês, um maometano, um assírio, um núbio ou um cristão medie-

val, seria estapafúrdio dividir os homens e as mulheres em heterossexuais e homossexuais, assim como seria para nós absurdo afirmar que todos os homens do mundo dividem-se entre os que usam óculos e os que não usam óculos; os que são carceas e os que não são carceas. Tal divisão "não está na natureza", como pensamos, e sim no modo como se seleciona e se valorizam moralmente certos fatos, certas propriedades, da anatomia e das condutas humanas. Poderíamos, por exemplo, dividir todos os humanos entre aqueles que preferem o sexo oral e os que preferem o coito genital; poderíamos também dividir os homens entre aqueles que se excitam mais pelo olfato e os que se excitam mais pela visão etc. Qualquer uma dessas divisões seria tão arbitrária e tão possível quanto as que aceitamos atualmente.

Todo vocabulário moral é contingente, e o único critério para se manter um dado vocabulário vivo é observar se ele cumpre, ou não, a função ética para a qual foi construído. Para se ter uma idéia da vulnerabilidade e da mortalidade de nossas crenças, trago um exemplo do campo das chamadas "ciências historicamente vencidas". Estas "ciências", ao contrário de outras que permaneceram vivas, não desapareceram porque teriam sido menos racionais do que as concorrentes, mas porque não tiveram condições político-econômicas para se afirmarem. Em 1809, na Alemanha, o famoso embriologista alemão Lorenz Oken, cientista efetivamente reconhecido pela história da medicina, inventou a seguinte classificação racial: raças olfativas, auditivas, gustativas, táteis e visuais. Oken encontrou documentos e provas culturais de que de-terminadas raças eram mais visuais, outras mais olfativas etc. A teoria de Oken foi abandonada e o importante é perguntar por quê.

Normalmente, quando se conta a história de uma disciplina, conta-se a história das idéias vencedoras. Isso é verdade em política, em ciências sociais e mesmo em certos campos das ciências empíricas biomédicas. Se a teoria de Oken tivesse vingado, quem de nós, hoje

em dia, olharia para outra pessoa e diria: — Aquêle é negro, o outro é branco, um terceiro é amarelo, o outro, vermelho (os índios norte-americanos foram chamados de “peles-vermelhas”)? Mas essa teoria não interessou ao imperialismo francês, inglês, alemão, e nem mesmo ao imperialismo belga ou holandês, pois o mundo que estes colonizadores almejavam reparar era composto pela metrópole — basicamente branca — e pelo “resto”. Neste “resto” estavam incluídos os negros, os amarelos e os vermelhos. Os vermelhos, como sabemos, quase não tiveram relevância na história (mesmo porque não existe ninguém vermelho). Hoje, com o desenvolvimento do Japão e da Coréia do Sul, os amarelos já estão sendo considerados “um de nós”. Começamos a negociar a cor! Permaneceram os negros, raça que ainda se considera que existe “na natureza”.

Um grego jamais reuniria um grupo de pessoas a partir de características físicas, transformadas em características morais. Para um grego, o importante era saber quem aceitava o regime democrático e quem era um bárbaro, entregue ao exercício do poder despótico, ou, então, quem era um cidadão livre ou um escravo. Traços físicos eram algo absolutamente insignificante, assim como características sexuais. Na verdade, a natureza fala a língua que a ela atribuímos. Atrás de cada idéia de manipulação do real, de instrumentalização do mundo ou do outro, existe um compromisso moral assumido, implícita ou explicitamente. Tudo isto leva a crer que existem histórias das idéias científicas vencidas, que precisamos estudar.

Pensem, por exemplo, que, no interior da disciplina médica — que ainda é minha de certa maneira e que é da maioria dos leitores deste livro —, existe um compromisso com a saúde, com o bem-estar, com a vitalidade, com a manutenção da vida e com a diminuição do sofrimento. Quem afirmou que este é o objetivo da natureza? O que existe na natureza são alterações permanentes de estados anatómicos e fisiológicos! Cuidamos dos seres humanos e queremos atenuar seu sofrimento ou prolongar sua vida porque partilhamos,

há cerca de dois mil anos mais ou menos, a idéia de que a vida é um bem em si. Na tradição judaico-cristã, e sobretudo com o cristianismo, desenvolveu-se a idéia de que a integridade física do outro tem de ser respeitada. Parte do nosso equipamento científico é posto a serviço dessa idéia. Sobre isto não devemos nos enganar. Queremos que o homem, ao longo de sua vida física — hígida ou íntegra —, saia do que os pensadores sempre denominaram “o reino da necessidade”, do que é pura reprodução e consumo, para o reino da liberdade, das escolhas, no qual se pode discernir, deliberar e agir conforme o que se acredita ser o Bem e o Mal. Uma vez garantido o lugar nesse reino da liberdade, qual é o outro grande pilar da nossa ética? É o de assegurar a possibilidade de uma pessoa se auto-aperfeiçoar, se auto-realizar, de buscar sua felicidade, desde que ela não comprometa a liberdade e a vida dos outros. Qualquer pesquisa científica está, implícita ou explicitamente, atrelada a este paradigma.

Quando um pesquisador afirma que vai descobrir qual é o gene da depressão, ou descobrir o que faz o negro ser diferente do branco, ou qual é o gene da homossexualidade etc., o que ele está fazendo é, de início, criar categorias sociais e morais, como as do deprimido, do negro, do branco, do homossexual etc. Na atualidade, por exemplo, estamos vendo a criação da identidade da terceira idade. O episódio da Clínica Santa Genoveva² mostrou como as pessoas idosas são consideradas “rapo velho”, diante de uma sociedade de consumo e de uma família que está deixando, rapidamente, de ser a família nuclear burguesa oitocentista. Em face da transformação da família, criam-se os “guetos identitários”. Ou seja, de um lado está o núcleo produtivo, “respeitável”; de outro, surgem os guetos dos exilados da cidade: os guetos de *gays*, de negros, de lésbicas, de sadomasoquistas, de velhos, de terceira idade etc.

² Clínica geriátrica particular, localizada no Rio de Janeiro, onde se evidenciaram práticas desumanas no trato com os clientes. (N. da E.)

Para os médicos tudo isso é importante, dada a autoridade científica que nos é conferida. Cada vez que falamos em público, falamos em nome de uma comunidade que detém, em grande parte, o poder de dizer a "verdade", e creio que aí está nossa responsabilidade. Se alguém me diz: Ah, mas está provado que homossexual tem um "Y" a mais, respondo: até aí, nada contra! É claro que há sempre um gene responsável por características pessoais. É claro que há um gene que, certamente, contribuiu para que Glenn Gould executasse Bach de maneira absolutamente original, ou um gene que permitiu que Einstein fosse o gênio da física que foi. Se pesquisarmos, vamos encontrar um gene na explicação de qualquer predicado humano. O problema não é esse. O problema é saber por que nos interessamos em explicar geneticamente tais coisas e não tais outras. Por que, por exemplo, nunca fizemos pesquisas psiquiátricas para explicar o mecanismo genético da ganância, da competição, da corrupção, da exploração econômica etc.? Com certeza, se pesquisássemos, encontraríamos correlatos neurais de todos estes tipos humanos, porque tais estrados físico-mentais têm um componente genético. Ou seja, não explicamos geneticamente o comportamento dos profissionais de Wall Street, no entanto existem toneladas de livros para explicar a preferência sexual das pessoas. Por quê? Porque o comportamento humano do profissional de Wall Street é normativo; é dado como modelo do que devemos admirar, apesar de, olhado de outro ângulo, também poder vir a ser diagnosticado como um comportamento compulsivo por ganhar dinheiro que nunca se poderá gastar! Um dia, fizemos isto com o chamado "avarento"; hoje não fazemos porque a avareza tornou-se o ideal moral dos mais poderosos.

Gostaria de esclarecer uma questão. Acho que o progresso tecnológico é positivo e que o controle técnico de fatos antes considerados naturais está em um campo de pesquisa que deve continuar. Digo isto porque penso que há um discurso obscurantista em relação à

tecnologia com o qual não tenho afinidade. Não tenho dúvidas quanto à importância da tecnologia de ponta em medicina. Quanto mais resolutiva for a tecnologia médica, melhor será para todos nós. Mas, qualquer que seja o progresso alcançado, ele tem de estar subordinado ao credo moral básico de nossa cultura: respeito à vida, à liberdade ao direito de cada um buscar sua felicidade. Esse tripé tem de ser respeitado. As pesquisas genéticas, como quaisquer outras, podem vir a reforçar a discriminação. E, se assim ocorrer, mesmo se forem tecnicamente corretas, tais pesquisas serão moralmente condenáveis. Mais do que pesquisar geneticamente tal ou qual gene da sexualidade, melhor seria que os cientistas dissessem que este interesse é moralmente suspeito. Em vez de gastar fortunas, procurando o gene que leva as pessoas a se sentirem atraídas por outras do mesmo sexo, melhor seria tratar esta preocupação como um dinossauro moral e intelectual. Afinal, "preferência" é doença? Se for assim, terminaremos por dividir os seres humanos entre os que gostam de rãs e os que gostam de Wagner!

Como vêm, nem tudo que se apresenta como "pura ciência" é tão puro assim. Devemos, nós médicos ou outros cuidadores da saúde física e mental, estar atentos para as armadilhas de nosso próprio imaginário moral. Também faz parte do espírito científico saber o que nos leva a colocar certas perguntas e buscar certas respostas. Só deste modo poderemos ser fiéis aos preceitos fundamentais de nossa deontologia.

JACQUELINE PITANGUY

Gênero, violência e saúde



| Violência e sociedade

Ao tratarmos da temática da violência, é necessário considerar o fato de que as características estruturais da sociedade, as conjunturas políticas e econômicas, os valores culturais e a própria dinâmica que se estabelece entre os diferentes atores sociais respondem, em grande parte, pela construção do campo da violência. Utilizamos aqui o conceito de campo no sentido de um espaço que se constitui como resultado de uma dinâmica política que se desenvolve a partir dos conflitos e interesses comuns, de alianças e tensões entre os diversos setores que disputam o domínio hegemônico deste espaço. É nesta dinâmica que as idéias de ordem e desordem, crime e castigo – expressando processos sociais e não verdades absolutas – são escritas em leis, e inscritas em comportamentos e atitudes.

Essas idéias não são imutáveis nem absolutas porque expressam a dinâmica de relações sociais. Formulações diversas da definição de crime e castigo, ordem e desordem podem competir em uma mesma sociedade e variar de uma sociedade para outra. Mudanças na legislação, criação de novas políticas públicas, mudanças culturais significativas reconfiguram o campo da violência, tanto em termos da percepção social do que seria entendido como tal, como em

termos da forma como o Estado lida com esta questão. A percepção social da violência e a sua expressão legal não são neutras; sexo, raça e etnia, classe social, dentre outros critérios, interferem na configuração dessa percepção.

É também importante ter presente que, frequentemente, existe uma distância entre o que é percebido como violência e o que é qualificado como crime. É também entre o que é qualificado como crime e o que é punido. Em certas circunstâncias, como um caso de um assalto a mão armada, praticamente não existem tais distâncias, crime e castigo se justapõem; em outras, entretanto, a distância pode ser significativa. Como, por exemplo, em situações de violência doméstica, agressão que a sociedade tem dificuldade em reconhecer e punir.

Historicamente, a idéia de cidadania se construiu concomitantemente à de exclusão. Se fizermos uma leitura do que tem sido historicamente reconhecido como crime e castigo em nosso continente, veremos que estas definições não são as mesmas quer se trate de um homem branco, rico e escolarizado, de um homem negro, de um indígena, de uma mulher branca e pobre, de uma mulher negra, de um homossexual... A partir de combinações dessas características, delinxiem-se cidadãos de primeira e segunda categorias e atitudes diversas no tocante ao reconhecimento tanto do conteúdo violento quanto do caráter delituoso de determinados atos e atitudes. Embora o respeito à integridade corporal e à segurança constituam um direito humano universal, a constante desqualificação de determinados comportamentos como formas de violência passíveis de punição segundo sexo, raça e etnia ou classe social da vítima e/ou do agressor evidencia que o caráter universal desses direitos é sistematicamente violado em virtude da coexistência de cidadãos de primeira e segunda categorias em uma mesma sociedade.

O que procuramos salientar é a idéia, já enunciada anteriormente, de que as fronteiras de crime e castigo se modificam por meio da luta política. Se nos perguntarmos por que ainda persiste uma relativa invisibilidade da violência de gênero, a resposta não está no

campo que identificamos como violência propriamente dita, como a agressão, o estupro, o assassinato, mas na situação e na inserção política, social, econômica, cultural da mulher na sociedade e no imaginário social sobre o feminino e sobre as relações de gênero.

Assim, o assassinato de mulheres por seus companheiros é a ponta mais visível de um *iceberg*; de um contínuo que começa pela maior valorização do feto masculino. Em sociedades ocidentais essa preferência é mais sutil, mas ainda está presente, em vários costumes, como o uso do sobrenome do homem pela mulher casada e pelos filhos. Em outras sociedades essa valorização do masculino é profundamente marcada, levando inclusive, em países como a China e a Índia, ao abortamento seletivo de fetos femininos. Alguns demógrafos calculam que há um déficit mundial de mulheres em consequência dessa prática abortiva seletiva.

Há inúmeras outras práticas, que chamaríamos de pequenas mortes cotidianas, que colocam a mulher em desvantagem em sua trajetória existencial. São vários os exemplos, desde o sofrimento de sentir-se desvalorizada e preterida, por ser mulher, enfrentando a carência de espelhos onde o feminino se reflete como diverso, mas não desigual, até comportamentos comprovadamente discriminatórios, como maiores investimentos familiares na educação e/ou na alimentação do menino do que na da menina.

Os movimentos sociais e dentre estes os movimentos de mulheres têm lutado para que a violência contra a mulher seja considerada uma violação de seus direitos humanos, propondo leis contra a violência doméstica, sugerindo a criação de delegacias especializadas no atendimento às vítimas dessa forma de violência assim como serviços de saúde onde vítimas de violência sexual sejam acolhidas e tratadas.

Essa tem sido uma luta dos movimentos de mulheres, desde meados da década de 1970, e que se traduz hoje em uma maior percepção social da violência de gênero, em sua tradução em princípios constitucionais (Constituição Federal de 1988), em legislações e políticas federais, estaduais e municipais, em delegacias especializa-

das no atendimento à mulher vítima de violência (Deams), nos abrigos, nos Conselhos de Direitos das Mulheres e nos grupos de trabalho com homens agressores, que tratam do problema do ponto de vista da imbricação entre masculinidade e violência.

| Saúde e violência

O campo da saúde também está atravessado por variáveis de ordem social, que o constroem a partir das desigualdades vigentes na sociedade. Também nesse âmbito a hierarquização de grupos sociais pode afetar tanto o diagnóstico clínico quanto o acesso a serviços de saúde. Freqüentemente o olhar do profissional de saúde, impregnado por estereótipos sociais, tem dificuldade de enxergar os efeitos que diversas formas de violência, como as agressões, os abusos sexuais, estupro, inclusive de crianças, geralmente perpetrados no espaço doméstico, e portanto recorrentes, têm sobre a saúde. É também pouco freqüente a percepção de que a forma de atendimento prestado ao paciente pode estar impregnada por um conteúdo violento, facilitado pelo poder sempre presente nas relações médico-paciente, e exacerbado em virtude das características desse paciente. Cabe ressaltar a relevância de alguns instrumentos recentes, como a Norma Técnica do Ministério da Saúde editada em 2000, para atendimento em hospitais a mulheres vítimas de violência sexual, e a cartilha, editada pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, referente aos Direitos do Paciente, no sentido de procurar diminuir o déficit de cidadania neste campo.

Entretanto, a construção das relações de gênero,¹ apesar de mudanças relevantes ocorridas nas últimas décadas, ainda se apóia forte-

¹ Gênero é um conceito relativamente recente que se refere aos papéis sociais e expectativas de comportamento atribuídos a homens e mulheres em determinada sociedade. Trata-se de uma categoria relacional que, apesar de apoiada nas diferenças biológicas entre homens e mulheres, aponta para a produção social de identidades masculinas e femininas que incorporam valores culturais e desigualdades de poder e prestígio atribuídas a cada sexo.

mente na idéia de hierarquias entre homens e mulheres. Nessas relações a mulher se coloca, via de regra, como a vítima, e o homem, como o agressor potencial ou efetivo. É mais comum se encontrar a mulher preparada para a vivência de situações de vítima, e é mais comum se encontrar no homem a identificação com a figura do protetor daquela mulher, frente a outros homens, ou com a do agressor.

Estabelecem-se, assim, papéis sociais extremamente limitados para o homem e para a mulher, pois os conceitos de masculino e feminino estão impregnados de simbolismos que interpenetram práticas, costumes, valores, leis, processos educacionais, permeando também os serviços e o olhar dos profissionais de segurança e de saúde, sobretudo nas questões relativas a violência, violência sexual, violência doméstica.

A naturalização da desigualdade, no sentido de que as desigualdades seriam resultantes de atributos imutáveis como a biologia ou a alma, tem sido e continua a ser, historicamente, o principal instrumento de dominação: porque, se é natural, não há o que fazer. É instigante tentar entender por que, ao longo dos séculos, essa idéia de um feminino perigoso e desvalorizado vem acompanhando a figura da mulher. Na Grécia antiga, encontramos a figura de Pandora, que abriu a caixa contendo o mal; na origem judaico-cristã tem-se a idéia de Eva e o fruto proibido; na Europa, durante mais de três séculos, a figura da bruxa indicou a presença constante de um arquétipo do perigo associado à mulher. Em certos trechos da Bíblia, há mesmo uma demonização da mulher e da sexualidade feminina. A associação da sexualidade feminina à transgressão tem efeitos, ainda hoje, na configuração do campo da saúde e da violência.

Sem entrar em uma discussão mais completa dessa temática, gostaria de chamar atenção para o fato de que a criação de um imaginário social da mulher como elemento de perigo e desordem e o controle sobre a sexualidade feminina se exercem ainda hoje. Em inúmeros países da África do Norte, é comum a prática da mutilação genital (extirpação do clitoris), separando, pela faca, o prazer sexual

do sexo. A situação da mulher em alguns países islâmicos, onde sua identidade civil e mesmo seu direito a uma imagem corporal lícita são cassados, é outro exemplo claro, na contemporaneidade, da interferência das relações de gênero na definição social da violência.

Ao discutir as relações entre saúde e violência, e chamar a atenção para a interferência de variáveis sociais no campo da saúde, proponho que os profissionais desta área estejam alertas para o papel que determinadas variáveis que se situam fora do universo das ciências naturais vão desempenhar tanto na conformação do imaginário sobre saúde e doença quanto no acesso aos serviços. Variáveis sociais e políticas atravessam os processos constitutivos de todas as formas de saber, mesmo daquelas que parecem ser totalmente neurais, como as ciências naturais. Qualquer pergunta, ponto inicial da busca do conhecimento, já incorpora elementos advindos de processos políticos e sociais que a antecedem e contextualizam. Não há assim um pensamento totalmente "natural" ou neutro sobre saúde e doença.

Existem laços estruturais entre o corpo e a sociedade e, para compreendermos este binômio saúde/enfermidade, devemos ter em conta que o corpo a ser tratado tem as marcas físicas e psíquicas de sua inserção social. E ter presente que também os processos de diagnóstico e de tratamento incorporam valores e relações de poder vigentes na sociedade. A desvalorização cultural de determinadas categorias, como a menos-valia de uma mulher em razão de relações de gênero, ou de um negro ou indígena em função da raça e etnia, por exemplo, também contribuem fortemente para o adoecimento físico e mental podendo também interferir no diagnóstico e tratamento.

Esses laços estruturais não resultam apenas de circunstâncias atuais, mas refletem também heranças históricas. É, assim, importante lembrar que, durante séculos, a medicina instituiu um saber sobre o corpo da mulher amparado em sua imperfeição (e não em sua complementaridade) em relação ao corpo do homem. Esse discurso hierarquizou o macho e a fêmea, particularmente no âmbito

do aparelho genital e reprodutivo feminino e masculino. Até o século XIX alguns manuais de medicina consideravam o útero como um saco escrotal invertido. Resíduos dessa idéia de imperfeição, hoje contestada, podem ter ainda efeitos em diagnósticos e tratamentos.

Esse tipo de discurso se produziu em um contexto histórico europeu de profundo domínio do homem sobre a mulher. No século XVI, Ambroise Paré, famoso médico francês, analisando as diferenças da genitália masculina e feminina, afirmava que o corpo feminino era um corpo imperfeito porque não tinha tido a inteligência de colocar para fora os seus órgãos. A medicina de então era de cunho aristotélico, e incorporava a idéia de que a semente que engendra o homem é diferente e superior à que engendra a mulher. Santo Agostinho, teólogo proeminente, justificava a menos-valia da mulher afirmando que sua alma demorava quarenta dias a mais para ficar pronta do que a do homem.

Sem entrar numa discussão detalhada dessas afirmações, o que gostaria de ressaltar é que elas forneceram os alicerces para a construção de um formidável arcabouço que sustentou por séculos a idéia da inferioridade da mulher, que se expressa na construção dos campos da violência e da saúde. Na intercessão desses dois campos, as questões ligadas aos âmbitos da saúde reprodutiva e da sexualidade são, talvez, os mais marcados por resquícios dessas idéias de superioridade, inferioridade ou poder e domínio. Seja por razões econômicas e políticas, seja por razões religiosas, a esfera da reprodução e da sexualidade feminina foi, durante anos, um território ocupado. Para muitas mulheres, o controle de sua fecundidade ainda hoje lhe escapa. A imposição de políticas governamentais pró ou antinatalistas, ou o impedimento de ter acesso à contracepção por dogmas religiosos, ferem o direito humano fundamental de tomar decisões livres e informadas sobre a vida reprodutiva. No campo sexual, ainda hoje, em crimes de estupro, por exemplo, existe, no sistema policial e judiciário, uma lógica perversa, no sentido de que caberia à mulher

comprovar que ela não seduziu o agressor, como se a sexualidade masculina, uma vez desperta, fosse "naturalmente" indomável. E existe uma resistência nos serviços de saúde no sentido de acolher vítimas de estupro que, porventura, vierem a engravidar e queiram abortar, dificultando o exercício de um direito, vigente desde 1940, pois o Código Penal Brasileiro não pune o abortamento quando a gravidez é resultante de estupro. Daí o grande investimento de pessoas e organizações que lutam pelos direitos da mulher em fortalecer os serviços de atendimento, nos hospitais públicos, às mulheres vítimas de violência sexual.

Hoje já há um maior reconhecimento dos efeitos da violência sobre a saúde, e de que estes são, via de regra, de médio e longo prazos. Estudos diversos vêm demonstrando que a violência de gênero, que inclui o estupro, a violência doméstica, a mutilação genital, o homicídio, o abuso sexual, a coerção física e psicológica, constitui um problema grave de saúde, em nível mundial. Lamentavelmente, sendo esta violência uma causa relevante da morbi-mortalidade feminina, ela ocupa ainda uma posição secundária nas políticas de saúde pública. Seus efeitos são, no entanto, comparáveis aos de outros fatores de alta prioridade na agenda mundial. Estudo realizado pelo Banco Mundial e pela Organização Pan-Americana de Saúde (1994) chama atenção também para o custo econômico e social da violência de gênero, que incide sobre maior absenteísmo e queda de produção no trabalho, menor escolaridade e maior uso, ao longo da vida, de serviços de saúde. Os efeitos dessa forma de violência não se fazem sentir, portanto, apenas na saúde física e mental da mulher, mas também na sociedade como um todo, na medida em que os seus efeitos físicos e psicológicos influenciam a capacidade criativa e produtiva das mulheres. Essa violência incide de forma diversa segundo seu ciclo de vida, trazendo consequências múltiplas para a saúde. O quadro 1 discrimina as principais formas de violência so-

fridas pelas mulheres a nível mundial, e o quadro 2 correlaciona violência e efeitos sobre a saúde.

Quadro 8.1. | Tipos de violência contra a mulher segundo o ciclo de vida

Prenatal	Agressões, com efeito, na mulher e no feto Gravidez forçada Aborto seletivo por sexo
Infância	Infanticídio, feminicídio Acesso diferencial a alimentação, educação e saúde Casamento de meninas, Mutilação genital, Abuso sexual
Adolescência	Relação sexual forçada, Agressões, Estupro, Prostituição, Assédio, Abuso sexual
Idade reprodutiva	Violência sexual, Estupro, Gravidez forçada, Abuso psicológico Homicídio conjugal, Agressões, Aborto inseguro
Velhice	Abuso de viúvas e ancias

Fonte: BID e Opas, 1994

Quadro 8.2. | Consequências da violência de gênero sobre a saúde

Resultados não fatais	Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) Lesões Inflamação pélvica Gravidez não desejada Aborto espontâneo/ aborto inseguro Dor pélvica crônica Dores de cabeça Problemas ginecológicos Abuso de drogas e/ou álcool Asma Síndrome de intestino irritável Condições nocivas para a saúde (sexo inseguro)
Consequências para a saúde mental	Desordens de estresse pós-traumático Depressão, Ansiedade Disfunção sexual Desordens da alimentação Desordem de personalidade múltipla Desordem obsessivo-compulsiva
Resultados fatais	Suicídio Homicídio

Fonte: BID e Opas, 1994

| *Direitos humanos, saúde e violência*

Na gramática dos direitos humanos, o conceito de violência conjugou-se, em um primeiro momento, nos moldes mais clássicos da violência do Estado contra o cidadão. Em um segundo momento, esse conceito se expandiu pela ação de movimentos sociais que procuram mostrar que existem outras formas de violência que ocorrem no âmbito privado, e que constituem violações de direitos humanos. Os movimentos de mulheres desempenharam um papel fundamental no alargamento deste conceito, operando por meio de coalizões e campanhas internacionais, levando a que em 1993, na Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena, organizada pela ONU, a violência doméstica fosse considerada uma violação dos direitos humanos.

Nesse processo de expansão do alcance dos tratados, convenções e declarações de direitos humanos, assistimos também ao surgimento de convenções específicas como a Convenção contra todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção contra o Racismo, a Convenção de Belém do Pará, contra a violência de gênero, dentre outras. Esses vários instrumentos de direitos humanos, editados no âmbito das Nações Unidas ou de organismos regionais, têm efeitos diversos no cenário nacional. Enquanto uma convenção, uma vez assinada e ratificada, tem força de lei, o mesmo não acontece com declarações. Entretanto, todos esses instrumentos contribuem para fortalecer e legitimar um marco normativo que redesenha as fronteiras da ordem e desordem, crime e castigo, no âmbito nacional e internacional.

Também o campo da saúde está inserido no espaço internacional dos direitos humanos. Em 1966, a Convenção Econômica e Social da ONU situou a saúde como uma questão de direitos sociais e econômicos. Anteriormente, a Organização Mundial da Saúde já deslocara sua definição do âmbito da enfermidade, conceituando-a

como um estado de bem-estar físico e mental ao qual todos têm o direito de almejar. Essas definições constituem mudanças paradigmáticas fundamentais que colocam a saúde no âmbito dos direitos. Observando a reconfiguração do campo da violência e da saúde no Brasil, comprovamos a importância da luta política nos avanços e conquistas presentes em nossa Constituição, em legislações ordinárias, em ações programáticas. O movimento sanitário, por exemplo, foi um ator relevante nesse processo, da mesma forma que o movimento de mulheres, no que diz respeito à violência de gênero e à saúde reprodutiva, os grupos *gays* no âmbito da saúde e dos direitos sexuais, bem como da violência em razão da orientação sexual, o movimento negro no que se refere à discriminação racial que interpenetra todos esses campos.

A linguagem de direitos humanos é, portanto, uma linguagem eminentemente política, assim como o são as fronteiras dos conceitos de violência e saúde.

| *Referências bibliográficas*

- BARSTED, Lella Linhares; HERMANN, Jacqueline (org.). *Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Cepia, 2001.
- CEPIA/UNIREN (org.). *O progresso das mulheres no Brasil*. São Paulo: RR Donnelley, 2005.
- COOK, Rebecca; DICKENS, Bernard; FATHALLA, Mahmoud. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2003. [Em português: PITANGUY, Jacqueline (coord. editorial). Rio de Janeiro: Cepia, 2004.]
- COSTA, Sarah et al. *Aborto clandestino: uma realidade latino-americana*. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.
- GOGNA, Monica (org.). *Feminidades y Masculinidades: estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires: Cedes, 2000.

Sexualidade e gênero na medicina

- HEISE, Lorie; PITANGUY, Jacqueline; GERMAIN, Adrienne. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington D.C: World Bank, 1994. (World Bank Discussion Papers, 225).
- LOYOLA, Maria Andrea (org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Editora da Uerj, 1998.
- MANN, Jonathan. HIV/AIDS and Human Rights. *Health and Human Rights*, Boston: Harvard School of Public Health, v. 2, n. 4, 2000.
- PENA, Maria Valéria; PITANGUY, Jacqueline (org.). *A questão de gênero no Brasil*. Brasília: Banco Mundial-Cepia, 2005.

As questões em jogo

Este artigo pretende chamar a atenção para a necessidade de se considerar em que medida sexo, gênero e sexualidade são aspectos que intervêm de forma fundamental na prática e no conhecimento médicos. Em primeiro lugar é preciso esclarecer que a distinção entre essas três categorias é fundamental para que tenhamos em mente as várias dimensões em jogo no tema que estamos tratando. O sexo é entendido aqui com referência ao que costumamos associar com uma determinação biológica. O gênero se refere a tudo aquilo que é socialmente atribuído por cada sociedade, em determinado momento de sua existência, a cada um dos sexos. Assim, por exemplo, em uma dada sociedade, as mulheres devem vestir saias, usar os cabelos compridos e cuidar das crianças — nessa sociedade, atributos do gênero feminino —, ao passo que os homens devem vestir calças, usar os cabelos curtos e providenciar o sustento da casa — atributos do gênero masculino. Mas, em outras sociedades, esses atributos podem se apresentar de forma inversa, cabendo aos homens cuidar das crianças, por exemplo, e às mulheres, providenciar a comida. O interessante é que a variação com que as sociedades humanas lidam com esses atributos de gênero, jogando determinados valores e

comportamentos ora para o gênero feminino e ora para o gênero masculino, é extremamente ampla e significativa. Isso nos mostra, acima de tudo, que o que normalmente se atribui em nossa sociedade a homens e a mulheres, longe de ser um dado natural, é simplesmente parte desse jogo de numerosas possibilidades. Resta ainda falar do conceito de sexualidade que se refere à consideração das variadas formas de expressão e manifestação do desejo sexual, dos tipos de hábitos e valores associados às práticas sexuais ou ainda das opções sexuais diferenciadas (por uma pessoa do mesmo sexo, por exemplo).

Tratar de como essa dimensão da vida humana aparece na medicina é um empreendimento que pode ser realizado por meio de muitos caminhos ou desde ângulos diferentes. É sempre necessário considerar, pelo menos, que sexo, gênero e sexualidade são fatores que explicita ou implicitamente fazem parte do processo de elaboração do saber médico e também da atuação cotidiana dos profissionais desse campo. No que diz respeito a esse último aspecto, podemos falar, entre outras coisas, de todos os procedimentos que são acionados para que se evite um contato que possa ser visto como sexualizado em uma situação de maior proximidade física entre o médico e o paciente.

Além disso, alguns estudos têm mostrado como as diferenças de gênero levam a determinadas percepções e comportamentos diferenciados por parte dos médicos em relação aos pacientes e por parte dos pacientes em relação aos profissionais. Uma grande pesquisa em hospitais norte-americanos apresentou como resultado um tratamento pessoal diferenciado dispensado pelos médicos às mulheres que sofriam de problemas cardíacos em contraste com homens na mesma situação. Nenhuma outra variável, a não ser o gênero, influenciava tal atitude distinta. Outro dado interessante é que os pacientes tendem a achar que as médicas são mais "humanas" e atenciosas, dedicando mais tempo a ouvir os pacientes e demorando mais nas consultas. Mas, por outro lado, é mais comum que os pacientes

interrompam com mais frequência quando as profissionais estão falando do que quando se trata de um médico homem. Esse tipo de comportamento só pode ser explicado pelos atributos que são socialmente designados aos homens e às mulheres e que inspiram atitudes diferenciadas por parte dos médicos e dos pacientes na relação com pessoas do mesmo gênero ou do gênero oposto ao seu (Lorber, 1997).

No que diz respeito ao conhecimento médico temos dois fenômenos importantes a serem considerados. O primeiro refere-se a como as concepções de gênero e sexualidade em curso na sociedade ocidental moderna têm influenciado a produção do conhecimento médico, que, embora procure ser objetivo e racional, sempre está sujeito às interferências que têm a ver com a visão de mundo dos profissionais que, de alguma maneira, reproduzem um determinado modelo de relações sociais, não só entre homens e mulheres, mas também entre jovens e adultos, ocidentais e não-ocidentais etc. O segundo fenômeno é relativo a como a medicina contribui efetivamente, como muitos outros saberes, para a conformação das noções de gênero e sexualidade que empregamos hoje em dia.

Sem desconsiderar a importância de discutir como o gênero e a sexualidade intervêm na prática médica atualmente, opto por uma apresentação mais histórica. Essa estratégia permite dar a devida atenção a como determinadas concepções, que por vezes tomamos como naturais, foram sendo gestadas ao longo do tempo. Além disso, o distanciamento histórico permite que possamos estranhar, olhar de uma maneira nova, mais livre de certas prerrogativas, para determinados conceitos e intervenções que eram considerados as "verdades científicas" mais sagradas no momento em que eram produzidos. Dessa forma, talvez seja possível introduzir questionamentos necessários e produtivos sobre a natureza e o lugar do saber médico em nossa sociedade, atentando para como certos avanços ou certas especialidades não se desenvolveram apenas em razão de determinados progressos científicos mas também em virtude das influências e das pressões vindas dos contextos sociais em jogo.

Do ponto de vista histórico, talvez a melhor maneira de tratar da questão seja mapeando o surgimento do interesse da medicina por sexo e sexualidade. De maneira específica o tratamento do tema da sexualidade só vai ganhar destaque no século XIX. Contudo, isso não significa que até esse período a medicina ignorasse a dimensão sexual. Na verdade, a primeira constatação que pode ser feita é que o interesse pelo assunto surgiu inicialmente traduzido em uma preocupação com a reprodução. Essa preocupação com a reprodução implica, sobretudo, uma atenção constante, ao longo do tempo, à mulher. Em virtude de concepção, gravidez, parto e aleitamento acontecerem no corpo feminino, foi sempre muito comum que a mulher fosse associada com a reprodução de uma maneira muito mais significativa do que o homem. Os fenômenos associados à geração de um novo ser eram evidenciados no seu corpo e foi isso que levou a medicina a dedicar atenção muito diferenciada à mulher.¹

Fragmentos do interesse médico sobre a mulher e a reprodução

O trabalho de I. Knibiehler e C. Fouquet (1983) chama a atenção para o fato de que nem sempre, em todos os tempos, em todos os lugares, os médicos estiveram preocupados em estudar a mulher. Nem todas as sociedades atribuíram a mesma importância e significação ao corpo, e especialmente ao corpo feminino. E nem sempre o progresso do conhecimento assegurou o surgimento de explicações sobre ele. Mais do que isto, era necessária a capacidade de construir interpretações mais amplas que fossem passíveis de aceitação em determinados momentos históricos. Para as autoras, o condicionamento do destino feminino pelos médicos é um fenômeno de longa duração e que tem como principal marco a transição entre uma definição religiosa e uma definição médica da mulher, entre o estereótipo da

pecadora e o da reprodutora. Embora durante muito tempo eles tenham ficado distantes das "partes vergonhosas" e do parto, à medida que ampliavam a sua missão de defesa da vida, foram sendo levados a ver no corpo feminino a peça central da reprodução humana, e foi assim que a mulher se tornou digna de seus cuidados (Knibiehler e Fouquet, 1983, p. 8-10).

Essa história de longa duração pode ser iniciada com as revelações dos papiros egípcios de Kahun (em torno de 1900 a.c.) e de Ebers (1550 a.c.), onde o que se destaca são os problemas causados pelo útero. O mau posicionamento do útero, suas peregrinações pelo corpo da mulher, eram as fontes de uma série de sofrimentos, incluindo dores de dente, nos músculos, nos olhos. O tratamento, como parece evidente, se resumia a atrair o útero para sua posição original, processo que aliava práticas e incantações simbólicas. Ao lado de manipulações mecânicas e massagens, podia-se recorrer à influência dos deuses. Mas, sem dúvida, a prática mais indicadora da qualidade de animal errante e caprichoso do útero eram as fumigações de odores agradáveis nas partes sexuais que o atrairiam, enquanto os odores fétidos levados às narinas repeliriam o útero. Sua importância na economia do corpo feminino iria permanecer por muito tempo na história da medicina (ibid., p. 15-18).

Quanto ao *corpus* hipocrático (que traz revelações da medicina grega entre os séculos V e IV a.c.), os tratados *As doenças das mulheres*, *Geração e natureza da mulher* revelam a imagem que os médicos gregos faziam do corpo feminino, a partir das descrições dadas pelas próprias mulheres, visto que o médico nem sempre tinha contato com sua paciente. Em uma concepção na qual a saúde dependia do equilíbrio dos humores que compunham o corpo humano (o sangue, a bile, a bile negra e o fleuma), uma atenção especial era dada à regulação dos fluxos no corpo da mulher. As evacuações menstruais eram uma condição essencial ao equilíbrio dos humores. As relações sexuais, sem excesso, assegurariam a tranquilidade do útero. A

¹ Desenvolvo com mais profundidade esses argumentos em Rohden (2000).

gravidez e a maternidade eram percebidas como uma influência favorável, aumentando a capacidade do corpo feminino de fluir. Nota-se também a concepção de homens e mulheres como seres distintos, dotados de uma economia corporal diferente, desde a fecundação. Os fetos masculinos já seriam mais bem formados e distinguíveis após quarenta dias, ao passo que as meninas demorariam mais tempo para se formar. Os primeiros seriam mais resistentes, as segundas mais “moles” e mais sujeitas às agressões da vida. Essa concepção da diferença entre os sexos vai variar bastante com o passar do tempo (Knibiehler e Fouquet 1983, p. 18-28).

Outro marco importante na medicina ocidental é o *Timaeu*, de Platão, profundamente referenciado a uma unidade entre o homem e o universo, à relação entre corpo e alma e a uma diferença e hierarquia entre os sexos. A mulher, que é vista como uma criatura inferior, ganha importância para Platão na medida em que é sujeita aos desígnios da Criação, expressos na agitação do útero em busca do coito e da procriação (ibid., p. 28-31). Já em Aristóteles podemos ver a inauguração da tese da mulher como vaso receptor da semente masculina. A mulher, por falta de calor, não seria capaz de produzir uma semente como o esperma masculino, e enquanto o homem é definido por essa capacidade, a mulher é definida pelo útero, o vaso receptor. As diferenças não param por aí, mas são vistas já desde a concepção. O nascimento de uma menina demonstraria que o embrião não fora suficientemente preparado e nutrido, ao passo que o nascimento de um varão seria signo da perfeição. Aristóteles também pensava que o prazer feminino era supérfluo à procriação e, portanto, desnecessário (ibid., p. 31-34).

Neste breve inventário de referências antigas à medicina sobre a mulher, não pode deixar de ser mencionada a *Ginecologia* de Soranus de Éfeso (século II d.C.). Nessa obra aparecem preocupações mais abrangentes, como a idade apropriada para a defloração e o casamento das jovens (Knibiehler e Fouquet 1983, p. 36-37). Mas, sem

dúvida, a autoridade que prevaleceu durante séculos foi a de Galeno (século II d.C.), autor conhecido como anatomista, mas, do ponto de vista de uma história da medicina sobre a mulher, cujas considerações sobre a alma feminina são aquelas que têm mais destaque. Como Platão, ele separa a alma racional, que busca a verdade e a ciência, da alma irascível, que aspira à liberdade e ao poder, e da alma concupiscente, atraída pelos prazeres do amor, dos alimentos, das bebidas. Esse é o tipo de alma feminina por excelência. Além disso, Galeno vai mais longe ao afirmar que a mulher é inferior ao homem em virtude da sua falta de calor e da constatação de que os órgãos masculinos se encontram todos na mulher, mas, pela mesma razão, não foram externalizados. É também em Galeno que aparecem as descrições pormenorizadas das doenças do útero, mas, em razão do seu conhecimento de anatomia ele recusa a tese da migração interna desse órgão (ibid., p. 37-43).

Os séculos seguintes vão marcar uma fase de evanescimento da medicina laica e uma transferência ao clero do poder de discutir sobre o corpo e as doenças femininas. Segundo Knibiehler e Fouquet (ibid., p. 47-59), no curso da Idade Média, a desconfiança dos médicos homens em relação ao corpo feminino, já presente desde a Antiguidade, vai se juntar à misoginia própria aos clérigos, os quais passarão a ser os monopolizadores do acesso ao saber médico e da formação dos estudantes. Os discursos teológicos e naturalistas se juntam, aliando a fraqueza da carne à fraqueza da alma da mulher, fortemente influenciados por pensamentos como o de Santo Agostinho e de São Tomás de Aquino. O corpo feminino vai ser olhado como lugar mais propício ao pecado e ao demônio porque é mais aberto que o do homem (tem mais orifícios pelos quais o demônio poderia passar). E não é à toa que a Igreja vai se preocupar tanto com as bruxas, figuras que representam de uma só vez a decadência do corpo e a fraqueza da alma feminina.

Além disso, os médicos preocupados em estudar o corpo da mulher tinham ainda um grande obstáculo: a falta de acesso. O corpo feminino era um interdito. A prática obstétrica estava ainda nas mãos das próprias mulheres, como as parteiras, que, por sua vez, em nada se beneficiavam dos progressos teóricos. A medicina árabe, nesse sentido, ilustra um caso particular. Em virtude de o Corão interditar aos homens descobrir as partes genitais do sexo oposto, as mulheres foram admitidas para seguir cursos na Escola de Bagdá, por volta dos séculos X e XI. Não somente os mestres instruíram e formaram mulheres médicas, que inclusive podiam realizar cirurgias, como estas transmitiram os seus conhecimentos da anatomia feminina. Já a separação entre prática e conhecimento aparece na famosa Escola de Salerno, que, apesar dos grandes avanços que representou, quase nenhum progresso trouxe quanto à obstetrícia e à ginecologia durante os séculos XI e XII. Contudo, na prática, as mulheres exerciam a medicina e algumas chegaram mesmo a escrever. O *Libro de Trotula*, que dataria do século XI, além de questões de higiene e de estética, considerava a patologia feminina, a gravidez e o parto. Esse tratado tem a especificidade de versar exclusivamente sobre a mulher, fato que só se tornaria mais comum a partir do século XII (Berriot-Salvadore, 1993, p. 11-12).

Foi somente a partir do século XIV que a medicina viu, pouco a pouco, algumas das suas interdições, especialmente aquelas de origem religiosa, se enfraquecerem. É o caso da retomada das dissecações, especialmente na Escola de Bolonha e, mais tarde, em Montpellier. Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, as dissecações não mudaram a antiga imagem do corpo feminino como apenas uma versão inferiorizada do masculino. Entre outros fatores, destaca-se o fato de que nessa época a dissecação era obra dos cirurgiões, afastados dos conhecimentos teóricos detidos pelos médicos. Essa separação teria origem na Reforma Gregoriana (século XII), a fim de limitar as atividades dos médicos à vida monástica, especialmente

pela interdição de praticar a cirurgia. Enquanto a medicina tornou-se uma arte dos clérigos baseada na especulação, a cirurgia veio a ser uma prática reservada aos leigos, que podiam ter contatos com os corpos alheios. A separação entre cirurgia e medicina se agravou com o distanciamento dos cirurgiões do ensino médico.² Como consequência, o trabalho de dissecação dos cirurgiões estava distante de uma pesquisa para o melhor entendimento do corpo humano, e ele apenas servia para ilustrar o que as teorias antigas diziam desde muito tempo. O italiano Mundino de Luzzi, que em 1315 dissecou duas mulheres, viu no corpo feminino simplesmente a inversão do masculino (Knibiehler e Fouquet, 1983, p. 50-55). É a mesma imagem que aparece na *Chirurgie* (1306-1320) de Henri de Mondenville. A mulher lhe interessa exclusivamente pela capacidade de tornar-se mãe, e seus órgãos são descritos em perfeita analogia com os órgãos masculinos. Cada órgão feminino é comparado anatomicamente ao órgão masculino e é apresentado como tendo a mesma função. O corpo feminino não existia nem como especificidade anômica, nem em um vocabulário preciso e particular (Berriot-Salvadore, 1993, p. 13-14). Outro dado interessante dessa época é a necessidade dos médicos de justificar por que dedicavam seu tempo a escrever sobre a mulher, um empreendimento ainda um tanto inusitado. É o que aparece, por exemplo, em *Prática* (1556), de Arnaldi Villanovani: "Tratarei aqui, com o auxílio de Deus, do que concerne às mulheres, e, como na maior parte do tempo as mulheres são bestas cruéis, tratarei em seguida da

² David Le Breton (1993, p. 40-43), em um instigante trabalho que traça a história da anatomia, descreve essa hierarquia severa dos saberes editada pela Igreja. Os médicos, resguardados na posição de clérigos, se dedicavam à especulação e aos livros, não ousando intervir nas doenças "externas", tocar no corpo do doente ou "fazer correr sangue". Os cirurgiões são assimilados aos trabalhadores manuais. Sua atividade está no plano das artes mecânicas. Nas universidades, os professores leigos são mantidos afastados e não se ensina a cirurgia. Em Paris, em 1350, a Faculdade de Medicina obrigava os bacharéis a jurarem jamais proceder a uma cirurgia.

picada de animais peçonhentos” (*Arnaldi Villanovani Praxis Medicis*, Lugduni, 1556, p. 111. *Apud* Berriot-Salvadore, 1993, p. 15).

A partir dos séculos XVI e XVII, um amplo e complexo processo de transformação que tinha como núcleo a perda de poder por parte da Igreja, trouxe como uma de suas consequências uma gradativa autonomização da medicina. Os médicos passaram a poder praticar tarefas e a desenvolver concepções antes interditas pelo clero. A anatomia, por exemplo, ganha um impulso decisivo (Knibiehler e Fouquet, 1983, p. 63-66).

A obra *De humani corporis fabrica* (1543), de Vesálio, mostra o caráter das mudanças que ocorreriam a partir do século XVI. Segundo Le Breton (1993, p. 74), esse volumoso tratado de 700 páginas e 300 gravuras, contemporâneo à revolução de Copérnico, teria inaugurado o processo de “invenção” do corpo humano no pensamento ocidental. O frontispício do livro (possivelmente realizado por Tiziano) representa uma aula de anatomia que tem como figura central o corpo de uma mulher com o ventre aberto, deixando ver seus órgãos internos. Essa mulher, para escapar da condenação à morte por crime, teria alegado estar grávida, dúvida que possibilitou a sua dissecação após a execução. Vesálio vive o período de passagem da ilegalidade da dissecação e do roubo de cadáveres em cemitérios para o das dissecações públicas convertidas em grande espetáculo. Apesar disso, para descrever a anatomia dos órgãos femininos, ele só contou com seis cadáveres, entre eles o de “uma bela prostituta” (Le Breton, 1993, p. 79). De todo modo, embora Vesálio tenha marcado a história da medicina pela originalidade de seu trabalho como anatomista, ele continuou vendo na mulher uma imagem do homem (Berriot-Salvadore, 1993, p. 19).³

³ A. Pecker (1961, p. 7-30) faz um apanhado da história da anatomia feminina, considerando especialmente os órgãos reprodutivos.

No século XVI o tema do papel da mulher na geração ganha uma nova expressão. A tendência é uma volta a Hipócrates e à teoria da dupla semente que formaria o embrião, fugindo da predominância de Aristóteles e da mulher como simples receptáculo da semente masculina. A dissecação parece confirmar essa teoria ao desvendar que os chamados “testículos” femininos também produzem uma espécie de “semente”, que, contudo, ainda é vista como inferior à masculina. A questão da qualidade da semente feminina e obviamente da mulher que a gera entra na ordem do dia, visto que é dela que vai depender também a qualidade do feto. A preocupação com a formação física e moral da jovem futura esposa e mãe cresce à medida que aumenta a consciência de que ela toma parte na geração. A qualidade do coito também passa a ser visada. O prazer feminino é importante para a fecundação e portanto para a reprodução da espécie. Propaga-se a idéia de que a semente feminina deve escorrer abundantemente e que para isso é necessário o prazer venéreo da mulher, com o qual os médicos passam a se preocupar, com intuítos pedagógicos (Knibiehler e Fouquet, 1983, p. 66-70).

Nos séculos XVII e XVIII se desenvolveram as novas teorias científicas da procriação, baseadas em dados de observações. Anteriormente, uma descoberta significativa tinha sido a descrição dos condutos que ligam os “testículos das mulheres” à matriz, proposta pelo italiano Gabriel Fallopio em 1561. Mas foi apenas em 1660 que Nicolas Sténon descobriu a natureza do ovário, possibilitando que em 1672 De Graaf desenvolvesse a teoria “ovista”. Segundo esse autor, todos os animais e o homem têm origem em um ovo contido nos “testículos das mulheres”, antes mesmo do coito. De Graaf, observando os ovários, descobriu também os folículos (que ele confundiu com os próprios ovos) e defendeu a idéia de que eles são fecundados pela *aura seminalis*, um tipo de vapor que se desprenderia do esperma masculino. Estas descobertas pareciam representar grandes inovações no entendimento da concepção. Con-

tudo, uma forte objeção moral se fez presente. Imaginar que a mulher "poria ovos assim como as galinhas" era, por um lado, degradante para ela e para a espécie humana e, por outro, daria à mulher quase toda a honra e responsabilidade na geração, o que parecia impossível (Darmon, 1977, p. 51-62).

A teoria "ovista" foi condenada ao mesmo tempo em que progrediram as observações sobre o papel masculino na fecundação. Em 1677, o holandês Louis de Ham observou ao microscópio "pequenos animais" presentes no líquido espermático. Impressionado com a vitalidade desses "pequenos peixinhos" que nadavam em todas as direções, ele chamou a atenção de Antony Van Leeuwenhoek, que ficou conhecido por descrever esses "animáculos" que seriam a alma animal do embrião. A fascinação com a novidade provocou uma onda de interesse por esses "animais", "vermes", "insetos espermáticos", que, plenos de vida, reconquistaram o lugar preponderante diante do "ovo inerte", restaurando o prestígio masculino. Logo a imaginação científica ganharia asas e se passaria a ver de tudo nos "animáculos". Leeuwenhoek dizia ser capaz de distinguir seus costumes, os sexos, as diferenças de idade, os momentos do acoplamento entre eles e a gravidez das fêmeas. Mas os animaculistas eram, então, descreditados, e especialmente atacados a partir da experiência que Spallanzani realizou no fim do século: a fecundação artificial de ovos de rã com esperma diluído, que, acreditava ele, não continha "animáculos". Somente na segunda metade do século seguinte é que a função procriativa do espermatozóiide seria unanimemente aceita. No fim do século XVIII ainda não se tinha uma solução precisa para o problema da geração, e muitos autores chegavam mesmo a duvidar se estas questões, tão misteriosas e divinas, seriam algum dia resolvidas pela humanidade (Darmon, 1977, p. 68-95).

| *Um novo foco no parto e na reprodução*

Até o século XVI, acompanhando o movimento da medicina em geral, não houve grandes progressos, e o cuidado com as doenças

femininas pouco interessava aos médicos.⁴ O parto era muito mais um ritual de mulheres, e quem assistia a mulher, neste e em outros momentos, era a parteira, que até então não contava com nenhuma formação especializada, mas apenas com sua própria experiência. É também no século XVI que se iniciam as tentativas de regulação da sua atividade. Na Inglaterra, por exemplo, foi em 1512 que se estabeleceu uma licença para as parteiras administrada pelas autoridades eclesásticas. Vale notar que a Igreja sempre se preocupou com esta atividade, pois as parteiras poderiam denunciar crimes como infanticídio e aborto, certificar a paternidade e mesmo batizar a criança em risco de vida, em alguns casos ainda dentro do útero materno. A evocada associação com bruxaria também incitava um maior controle (Moscucci 1996, p. 43-44).

Na França, as tentativas de regulação que ocorreram no século XVI também foram mais sujeitas às iniciativas do clero, apoiadas pelo poder real, do que empreendidas pelos médicos. O edito de Henrique II, impondo a declaração da gravidez, manifestava a intenção de vigiar os nascimentos. Igreja e Estado estavam interessados em lutar contra o aborto e o infanticídio e contra o protestantismo, todos perigos que restringiriam o número dos católicos. A parteira torna-se suspeita, e, para controlá-la, criou-se a distinção para aquelas que prestam juramento e obediência aos bispos. Na corrida contra a desonra da profissão, as próprias parteiras passaram a se organizar em corporações. Em Paris elas chegaram mesmo a compor um estatuto que, entre outras coisas, interditava à parteira a administração de beberagens abortivas e obrigava à denúncia das colegas desonestas (Knibiehler e Fouquet, 1983, p. 178). Luís XIV, com medo de perder almas católicas, foi o responsável pela interdição formal da profissão de parteira às protestantes (Darmon, 1977, p. 203). E,

⁴ Para uma história detalhada dos autores e das técnicas, pode-se recorrer a Cianfrani (1960), Cutter e Viers (1964) e O'Dwod e Philipp (1994).

além disso, ele surpreendeu ao convocar um cirurgião para o parto de Mlle. de la Vallière em 1663, dando exemplo à corte (Kribbieler e Fouquet, 1983, p. 179).

Embora algumas parteiras, como a francesa Louise Bourgeois em 1609, já se lançassem na publicação de manuais, foram os médicos, homens, que inauguraram os rudimentos da obstetrícia e ginecologia modernas. Na França, o parteiro e grande cirurgião Ambroise Paré revivificava a idéia da versão podálica⁶ entre outras técnicas e fundava uma escola de parteiras no Hôtel Dieu, a mais famosa maternidade na Europa naquela época (O'Dowd e Philipp, 1994, p. 11). Embora Paré fosse absolutamente contra, começava-se a falar na operação cesariana, descrita pela primeira vez por François Rousset em 1581.⁷ Foi também nessa época que o fórceps foi inventado por Peter Chamberlen, o Velho, francês que tinha emigrado para a Inglaterra e que concebeu o instrumento em 1598, mas, com medo de uma má aceitação, guardou segredo. Só no começo do século XVIII o fórceps seria redescoberto e ganharia uma série de variações. Mas o grande parteiro do século XVII era sem dúvida François Mauriceau, que dinamizou as técnicas de intervenção no trabalho de parto (O'Dowd e Philipp 1994, p. 11-13).

No século XVIII os grandes parteiros franceses, como Viardel, Portal, Levret, Peit e Baudelocque, ganham notoriedade internacio-

⁵ A trajetória de A. Paré é interessante porque, embora ele tenha feito grandes progressos na cirurgia, não era formado em medicina e não sabia latim, o que lhe garantiu o desprezo dos colegas médicos (Le Breton, 1993, p. 43).

⁶ A versão podálica consiste na intervenção manual do parteiro que modifica a posição da criança, a partir dos seus pés, dentro do útero, de modo a facilitar o nascimento (O'Dowd e Philipp, 1994, p. 11).

⁷ Rousset relata que em 1500 um criador de porcos, diante dos esforços infrutíferos de treze parteiras, reia praticado a cesariana na sua mulher que sobrevivera juntamente com a criança. Mas, segundo Plínio, foram Sipião O Africano, o primeiro da família dos Césares, e um certo Ceson os primeiros extraídos com vida do ventre da mãe morta no parto (Darmon, 1977, p. 190).

nal. Baudelocque ficou famoso pelo desenvolvimento das técnicas de mensuração pélvica. A obstetrícia também se desenvolve na Holanda, onde se destaca Henri Van Deventer, e na Alemanha, onde se fundam escolas em Estrasburgo, Berlim e Viena. Nos Estados Unidos tem-se um crescente movimento de envio dos estudantes para formação na Inglaterra. Os franceses também vão se destacar por terem inaugurado a luta contra as parteiras. Enquanto os cirurgiões e médicos só eram chamados para atender os partos difíceis, as parteiras tinham atividades tão extensas como fazer exames de virgindade, requeridos em caso de estupro ou impotência, além de muitas vezes transmitir ao casal as normas quanto ao tolerável pela Igreja em termos de práticas sexuais. E além da gravidez e do parto, tratavam, por extensão, das doenças femininas. Exigia-se delas uma conduta exemplar, uma vez que se encontravam muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio. Essa fragilidade moral ao lado das acusações de superstição e imperícia vão servir de motivos para que os cirurgiões passem a atacá-las em prol da sua maior competência. Contudo, para a época, não se aceitava um homem à beira do leito da parturiente sem problemas. Em 1705 Philippe Hecquet publica *De l'indolence aux hommes d'accoucher les femmes*, onde defende que tocar uma mulher, mesmo nas condições do parto, é perigoso e propício à lubricidade. As mulheres devem se agarrar ao pudor e preferir a morte em um parto difícil do que aceitar a ajuda de um parteiro homem. A esse ataque o eminente doutor De La Motte responde em 1718 denunciando as imprudências das parteiras. Esse tipo de polêmica deixou traços também na Inglaterra e Alemanha, com evidências de ganho de terreno para os médicos (Darmon, 1977, p. 190-212).

A conquista dos médicos também está relacionada com a utilização de instrumentos. A partir de 1730, o fórceps passou a ser usado, trazendo mais prestígio para o cirurgião. Até então, quando este era chamado, o estado da mãe e da criança não mais inspiravam grandes esperanças e a única manobra que restava freqüentemente era a prá-

tica da craniotomia, a cisão da cabeça da criança para facilitar sua extração. O fórceps inaugura a era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana.⁸ Já em 1770 pode-se notar a correlação entre um maior uso dos instrumentos e a ascensão dos médicos parteiros. É preciso acrescentar que esses instrumentos, em geral caros e de difícil acesso às parteiras, eram de uso exclusivo dos cirurgiões. Na França, os cirurgiões conseguiram proibir o seu uso pelas parteiras e chegaram mesmo a impedi-las legalmente de praticar a cirurgia por conta própria, em 1755. Contudo, também entre os médicos não havia unanimidade. Na Inglaterra, por exemplo, onde a divisão entre a corporação de médicos e a de cirurgiões era muito forte, um conhecido debate separou os cirurgiões, defensores do uso do fórceps, e os médicos, que eram contra o uso de instrumentos no parto. Grandes nomes da obstetrícia na época, como Smellie, que representava a segunda geração de utilizadores do fórceps, condenaram os abusos, e William Hunter deixava transparecer que o uso de instrumentos não era bem aceito pela clientela mais refinada. Tocar uma senhora da aristocracia, sujeitá-la a instrumentos, era indelicado e abria o caminho para a perda de prestígio (Moscucci 1996, p. 47-49)?

O cirurgião parreiro enfrentava o desafio de romper a associação com a profissão tradicionalmente feminina das parteiras e ganhar a opinião da elite médica. Espelhando-se na figura refinada do médico,

⁸ Knibichler e Fouquet (1983, p. 179) chegam a dizer que o fato de os instrumentos terem permitido aos cirurgiões suplantarem as parteiras implicou sua identificação como símbolos do poder masculino.

⁹ L. Taitlock (1992), analisando a relação entre parteiras e médicos na Alemanha dos séculos XVII e XVIII, destaca a necessidade de rompimento com o mito simplista de que a tradição ignorante das parteiras foi vencida pelo profissionalismo científico dos homens. Ela sugere que as parteiras recorreram especialmente à interdição dos homens de tocar o corpo feminino para manter seus lugares, embora, com a mediação dos instrumentos, os cirurgiões tenham conseguido tornar o corpo da mulher passível de tratamento científico.

ele foi pouco a pouco tornando-se um profissional respeitado, que poderia se socializar na aristocracia. No transcorrer do século XVIII, esse novo personagem ganhou a batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir todos os partos, além de acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e das crianças. Também se desenvolveram o ensino e a pesquisa da obstetrícia. Na Escócia inaugurou-se o ensino de nível universitário para parteiros em 1726, na Universidade de Edimburgo. Em Londres, na segunda metade do mesmo século, proliferaram as escolas privadas de parteiros para homens e mulheres, e, com o desenvolvimento dos hospitais, criaram-se unidades especiais dirigidas pelos cirurgiões parteiros. Essa conquista de espaço e prestígio a partir da prática nem sempre correspondeu a um reconhecimento pelas instituições profissionais. Na Inglaterra era evidente a discrepância entre o papel social e o estatuto legal do parreiro que ocupava altas posições nos hospitais, publicava livros influentes, fazia fortuna com as consultas privadas, mas mantinha pouco contato com as poderosas corporações. É somente em 1783 que o *College of Physicians* se decide a conceder uma licença em arte obstétrica, distinguindo os praticantes que se sujeitassem a um exame (Moscucci, 1996, p. 50-57).

Em grande medida, o contexto de produção da obstetrícia e do que veio a chamar-se ginecologia vai mudar bastante no século XIX. E não só em decorrência de acontecimentos específicos a estas especialidades, mas de um movimento mais geral de transformação da medicina.

1 O surgimento da ginecologia

Costuma-se considerar dois cirurgiões americanos como os pais da ginecologia. Trata-se de Ephraim MacDowell, que em 1809 fez a primeira ovariectomia (extração dos ovários, inicialmente apenas em caso de problemas como quistos), e J. Marion Sims, que inaugu-

rou em 1849 a cirurgia de fistula vesicovaginal (Cianfrani, 1960, p. 278-279). Dois outros americanos, A. M. Heath, em 1843 e C. Clay, em 1844, realizaram as primeiras histerectomias abdominais (cirurgia do útero atingido por um câncer, por exemplo). Mas fatos marcantes para a história da ginecologia também vão acontecer na Inglaterra e na França. A introdução da anestesia na cirurgia ginecológica e obstétrica só é reconhecida após a administração do clorofórmio à rainha Vitória em 1853 durante um parto. E na França, o famoso Recamier reinventava entre 1842 e 1846 a curetagem uterina, tornando possível a exploração da cavidade do útero (O'Dowd e Philipp, 1994, p. 16-17).

Como era de se esperar, a ginecologia se aproveitava dos desenvolvimentos da obstetrícia. Tem destaque os estudos da pélvis, a pagamento de métodos de exame como a palpação abdominal, e os progressos do fórceps, que em 1838 já podia ser encontrado em 144 variedades. A obstetrícia também ousava na realização de novas práticas como a embriotomia (retirada do embrião, que em casos difíceis poderia exigir a perfuração do crânio). Mas, sobretudo, se destacava a prática da cesariana, que, nas últimas décadas do século, vai se beneficiar da antissepsia, assepsia e anestesia, reduzindo em muito a alta taxa de mortalidade pela qual era responsável. A cesariana é aliada a outras técnicas, como a amputação uterovariária praticada pela primeira vez em 1876 e que ficou conhecida como a operação de Porto, nome do seu inventor. Os obstetras também intervem no parto provocando sua antecipação e a sinfisiotomia ou pubiotomia, ambas preconizadas para facilitar a passagem da criança. Além disso, a grande batalha vencida pelos médicos na segunda metade do século é a da febre puerperal, infecção responsável pela alta mortalidade pós-parto, que começou a ser estudada com eficácia em Viena por Ignace-Philipp Semmelweis, que propôs gestos simples como a desinfecção das mãos do médico e o isolamento das pacientes contaminadas, tendo sido por isso seriamente condenado. Só com

a ascensão de Pasteur o trabalho de Semmelweis foi retomado e a febre puerperal pôde ser combatida (Devraigne, 1939, p. 86-114; Cianfrani, 1960, p. 300-320).

Foi também nas últimas décadas do século XIX que se aprimorou o conhecimento do fenômeno da reprodução, incluindo um melhor entendimento do ciclo menstrual. O contraste em relação às teorias atuais é marcante. Somente em 1839 Augustin N. Gendrin tinha sugerido, mas ainda de uma maneira pouco precisa, que a menstruação era controlada pela ovulação. A partir da década de 1870 inicia-se uma série de estudos sobre as várias fases do ciclo menstrual mas que só vão chegar a resultados mais significativos no século XX. Por volta de 1900, ainda era comum admitir-se a incompetência científica diante dos mistérios do corpo feminino e em especial da menstruação (O'Dowd e Philipp, 1994, p. 20). O processo de fecundação e a gravidez também eram alvo de mais atenção. O maior conhecimento da biologia da gestação, ao lado da valorização da natalidade que se propagava, permitiu o desenvolvimento dos cuidados pré-natais. O nome de maior destaque nesse assunto é sem dúvida o de A. Pinard, obstetra francês que passou a preconizar as consultas pré e pós-natais. A preocupação de Pinard com um gerenciamento médico da natalidade e dos primeiros cuidados com a infância transformou-o no pai da puericultura (O'Dowd e Philipp, 1994, p. 17-18; Devraigne, 1939, p. 126-128).

Todos esses desenvolvimentos estão relacionados de maneira íntima com o progresso do movimento hospitalar e com a proposição de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia das faculdades de medicina. Freqüentemente esses dois setores estão atrelados, pois o ensino prático é realizado nos próprios hospitais. A mulher passou a ter um lugar privilegiado no hospital, seja com o estabelecimento de maternidades, seja com a criação de unidades de consulta ginecológica. Nos Estados Unidos, a médica Elizabeth Blackell fundou a New York Infirmary for Women and Children em 1853. Dois anos

mais tarde, M. Sims inaugura o Woman's Hospital of the State of New York. Na França, a primeira cadeira de obstetrícia apareceu em 1806 e foi confiada a Baudelocque, um dos grandes responsáveis pela ascensão da idéia da maternidade como o lugar adequado para os nascimentos. No final do século, Paris contava com três estabelecimentos especializados: a *Maternité de Port-Royal*, a mais antiga e a maior, a clínica de partos aberta em 1881 e que empresta o nome de Tarnier em 1895 e a *Maternité Baudelocque*, fundada em 1889 e que mais tarde se tornaria o modelo de maternidade por excelência (Thébaud, 1986, p. 62-64).

| *A medicina em contexto*

As especialidades médicas dedicadas à mulher, em especial a ginecologia, se constituem a partir da noção de que o corpo e o papel social femininos são determinados pela função procriativa. Em contraste com o homem, a mulher aparece como marcada pelos traços biológicos que definem a maternidade e que são também a fonte de todas as suas virtudes, os seus pecados e as suas doenças. É com base na idéia de que o seu comportamento é gerenciado pela sexualidade que a ginecologia institui o direito de intervir muito além dos órgãos reprodutivos propriamente ditos, convertendo-se, não sem pretensões, em uma verdadeira ciência da mulher.

Para entender esse processo, é preciso, primeiramente, considerar a particularidade histórica dessa produção médica ao mesmo tempo em que se torna importante enfatizar as raízes deste pensamento. Fazendo um rápido percurso na história da medicina, nota-se a ausência de uma preocupação maior no que diz respeito às chamadas doenças femininas: mesmo as fases da gravidez e do parto nem sempre foram alvo da atenção dos médicos. Gradualmente, a partir do século XVII, novas formas de intervenção médica no corpo feminino podem ser identificadas. Já a partir do século XIX uma intensa dinâmica de modificações sociais e desenvolvimentos técnicos e cien-

tíficos altera o papel do médico e amplia o campo de atuação da medicina. O florescimento de um novo conjunto de grandes teorias científicas, as descobertas sem precedentes na química e biologia, por exemplo, e o progresso nas técnicas cirúrgicas propiciam uma maior maestria e uma ampliação do domínio das intervenções. Ao lado disso, a atuação social do médico ganha cada vez mais destaque e a medicina ultrapassa em muito o cuidado restrito do doente, intervindo cada vez mais na sociedade e se aproximando continuamente do Estado. Um dos resultados desse processo é o aparecimento das especialidades médicas, entre elas a ginecologia. Mas talvez a particularidade da ginecologia e da obstetrícia seja que elas representam muito mais do que o surgimento de especialidades meramente técnicas. Está em jogo a disputa entre médicos e parteiras e posteriormente a divisão entre obstetras e ginecologistas pelo domínio do corpo feminino, além de divisões internas da medicina, como entre médicos e cirurgiões, que se associam a problemas de ordem profissional. Além disso, a ginecologia e a obstetrícia se constituíram como discursos sem precedentes sobre a natureza do feminino e da sexualidade da mulher.

Como foi dito no início deste texto, a trajetória percorrida pela medicina, seja em termos da produção do conhecimento, seja em termos da prática médica, está intimamente relacionada com o contexto social mais amplo e não apenas com meros progressos técnicos ou científicos. Em especial, quando se trata da constituição de ramos da medicina dedicados à reprodução ou ao sexo, tem destaque a forma com que as concepções relativas à modalidade das relações de gênero estabelecidas em cada momento da sociedade influenciam a atuação dos médicos. Podemos citar, por exemplo, como uma maior intensificação nos interesses da medicina pela mulher e pela reprodução tem a ver com um contexto em que parecia ser necessário reafirmar a associação entre a mulher e a procriação. É preciso considerar fenômenos como o grande movimento de transformações sociais,

que têm na Revolução Francesa o seu mais importante signo, ocorridas a partir do século XVIII, que poderiam levar a um maior igualitarismo entre os gêneros, e as reações a essas possibilidades. Parecia importante para a sociedade que estava tentando manter uma determinada ordem vigente reafirmar a diferença socialmente estabelecida entre homens e mulheres que predominava até então: as mulheres dedicadas à casa e à família e os homens atuando no mundo público, do trabalho, dos negócios e da política.

O fato de que, sobretudo a partir do final do século XVIII, os médicos passaram a insistir que a principal ou mesmo a única função da mulher era gerar filhos não pode ser desprezado diante desse contexto. Os desenvolvimentos da medicina vão estar ligados a um longo processo de transformações sociais que têm entre suas implicações um retraimento das disposições que permitiriam alguma possibilidade de autonomia para as mulheres, como o direito de exercer uma profissão, assinar contratos, gerir seus próprios bens. A medicina também contribuiu no desenvolvimento dessas atitudes, na medida em que corrobora o pudor e a obediência como valores femininos por excelência e define o corpo feminino como destinado à reprodução. A medicina, assim como todos os outros saberes de um modo geral, também sofre influências do contexto em que é produzida e exercida, e em alguma medida aquilo que define como suas bases e seus modos de atuação carrega sempre o peso dos padrões sociais vigentes em cada momento histórico. O que deve permanecer sempre como um elemento para discussão e reflexão é em que medida e de que forma também atualmente a produção do conhecimento e a atuação cotidiana do médico incorporam esses padrões e quais as conseqüências disso.

| Referências bibliográficas

BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. *Un corps un destin*. Paris: Honoré Champion Ed., 1993.

- CANFRANI, Theodore. *A short history of obstetrics and gynecology*. Springfield: Charles C. Thomas, 1960.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- CUTLER, Irving; VIETS, Henry. *A short history of midwifery*. Filadélfia/Londres: W. B. Sanders Company, 1964.
- DARMON, Pierre. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris: J.-J. Pauvert, 1977.
- DEVRAIGNE, L. *Lobsterrique a travers les ages*. Paris: G. Doin & Cie., 1939.
- KNIBBIER, Yvonne; FOUQUET, Catherine. *La femmes et les médecins*. Paris: Hachette, 1983.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LE BRETON, David. *La chair à vif*. Usages médicaux et mondaines du corps humain. Paris: Métailié, 1993.
- LORBER, Judith. *Gender and the social construction of illness*. Londres: Sage, 1997.
- MOSCUCCI, Ornella. *The science of woman: gynaecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996 [1990].
- O'DOWD, Michael; PHILIP, Elliot. *The history of obstetrics and gynaecology*. Nova York/Londres: The Parthenon Publishing Group, 1994.
- PECKER, André. *Hygiène et maladies de la femme au cours des siècles*. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1961.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. (Coleção Antropologia e Saúde.)
- _____. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. 2000. (Tese Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SCHIENBINGER, Londa. *O Feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc, 2001.

TATLOCK, L. Speculum femininarum: gendered perspectives on obstetrics and gynecology in early modern Germany. *Signs*, v. 17, n. 4, p. 725-760, 1992.

THÉBAUD, Françoise. *Quand nos grand-mères dominaient la vie*. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres. Paris: Presses Universitaires de Lyon, 1986.

Saúde e Sociedade

101124

JANE RUSSO

*Do corpo-objeto ao corpo-pessoa:
desnaturalização de um
pressuposto médico*



Estudantes de Medicina são apresentados ao corpo humano pelas figuras de seus livros de anatomia e, sobretudo, pelas aulas de anatomia humana. Nessas aulas têm contato com o que se chama “peças” — normalmente pedaços do corpo, um braço, um órgão, um osso, raramente um corpo inteiro. Não se trata, evidentemente, do corpo tal como o estudante o vê na rua, em casa, entre seus colegas, em família. É um outro corpo. Um corpo *objetificado*, ou, como prefero chamá-lo, um *corpo-objeto*, que não existe na vida real, apenas nos livros e nas aulas de anatomia. De fato, mais adiante em seu curso, quando faz sua entrada na clínica e passa a ver pacientes reais em enfermarias reais, o aluno jamais encontra esse corpo-objeto que serviu de base para seus conhecimentos anatômicos. Encontra *corpos-pessoas*.

Por que a introdução à medicina como prática e como profissão ocorre através da transformação do corpo tal como é vivido no cotidiano de todos nós num corpo-objeto que só existe naquele contexto? Será essa transformação necessária à prática da medicina? O corpo entendido como objeto ajuda ou atrapalha a futura prática desse estudante?

Procurarei neste texto discutir a tensão entre corpo-objeto e corpo-pessoa que parece atravessar a prática médica.¹ Parto do pressuposto de que a medicina científica moderna foi paulatinamente construída a partir da tentativa – nem sempre bem-sucedida – de transformar corpos-pessoas em corpos-objetos. Vou inicialmente argumentar a favor da impossibilidade dessa transformação, para em seguida discutir as razões pelas quais, embora impossível, ela faz parte do horizonte da prática e do conhecimento médicos. Num segunda parte do texto procurarei demonstrar, a partir de exemplos da vida cotidiana, a inseparabilidade entre corpo e pessoa, entre o físico e o mental, entre o biológico e o moral. Não é minha intenção propor algum tipo de hierarquia entre esses dois planos, mas justamente argumentar a favor de sua inevitável articulação.

1 Corpo-pessoa, é possível transformá-lo em objeto?

Qual a justificativa para a (tentativa de) transformação do corpo-pessoa em corpo-objeto verificada nas aulas de anatomia? Na medida em que as “peças” lá estudadas nunca serão encontradas na prática do futuro médico (a não ser talvez que este escolha a medicina legal como especialidade), porque introduzi-lo deste modo no estudo do corpo humano? Meu argumento é que a medicina tal como a conhecemos depende de algum grau de *objetificação do ser humano* para poder existir. Essa objetivação, radical nas aulas de anatomia, se verifica de modo mais suavizado na prática médica de um modo geral. Pensemos no paciente internado em uma enfermaria – o modo como se tenta despi-lo de tudo que o caracteriza como corpo-pessoa de modo a aproximá-lo o máximo possível de um corpo-objeto. O sujeito é despido de suas roupas, seus adereços, tudo o que o singulariza enquanto pessoa. Entreranto a transformação em corpo-objeto nunca é integral, porque esse sujeito, por mais despido que esteja,

sempre será homem ou mulher, jovem ou velho, gordo ou magro, branco ou negro, casado ou solteiro etc. O corpo-pessoa, portanto, resiste a ser transformado em corpo-objeto.

Cabe uma pergunta: se essa transformação é impossível, por que ela é *pensável*?

Temos aqui de ir além da própria medicina e pensar no que a fundamenta como pressuposto cultural. Refiro-me à lógica subjacente a todo empreendimento científico ocidental que permitiu o desenvolvimento da medicina tal como a conhecemos hoje e que se fundamenta na concepção dualista do ser humano.

Sustentada na tradição cristã hegemônica no Ocidente, tal concepção separa em planos distintos o funcionamento espiritual do ser humano (a pessoa) e seu funcionamento material ou físico (o corpo). De um lado temos o espírito, a alma e, mais modernamente, a mente, e, de outro, a matéria, o corpo. De um lado está a cultura ou a sociedade (o que é produto do espírito humano) e de outro a natureza (imutável, resistente à vontade humana).

Uma vez pensada a separação entre os dois planos, foi possível constituir uma hierarquia entre eles. O espírito, ou a mente, sendo o que caracteriza o ser humano e o distingue dos animais, é ao mesmo tempo superior e passível de transformação, isto é, submetido à vontade humana. Este é o lado do que é arbitrário, variável e que poderia ser de outro modo. O ser humano, nesse sentido, sente que é capaz, por exemplo, de transformar a sociedade em que vive, suas leis, seus costumes. A matéria, ou o corpo, é ao mesmo tempo inferior, porque vinculada à natureza animal do homem, mas ao mesmo tempo mais básica, mais fundamental. Nesse plano encontra-se o que é invariável, a natureza na sua realidade física inquestionável.

É essa visão dualista que sustenta alguns dos pressupostos mais fundamentais de nossa cultura. O mais importante deles é a crença de que as pessoas *possuem* seu corpo, como qualquer outro objeto. Ou seja, é possível objetificar o próprio corpo como algo que se

¹ Para uma discussão desse dilema, ver Bonnet (2004).

possui, e, como consequência, também é possível fazer o mesmo com o corpo dos outros. Daí a idéia prevalente na medicina de que há um corpo-objeto a ser manipulado, tratado, examinado. Essa percepção amplamente aceita de que há, de um lado, o corpo e, de outro, a pessoa fundamenta a possibilidade de se ter, por exemplo, como uma das disciplinas no curso médico, uma "medicina da pessoa", paralelamente às disciplinas voltadas para o estudo de partes do corpo-objeto ("otorrino", "gastro", "urologia" etc.). Apesar de todos concordarem com a necessidade de se estabelecer uma boa relação com o paciente (a pessoa), a terapêutica proposta normalmente baseia-se no que *de fato* está acontecendo em termos bioquímicos e materiais em seu corpo. A dualidade acaba sendo constitutiva da prática médica.²

No próximo item deste texto vou apresentar alguns argumentos contra essa concepção dualista do ser humano, tentando demonstrar que somos, desde sempre, quer queiramos ou não, corpos-pessoas.

| *A produção de um corpo-pessoa*

A produção de um corpo-pessoa nunca é apenas material/biológica ou cultural/social. É sempre as duas coisas ao mesmo tempo. Imaginemos um pequeno ser que é concebido e vem ao mundo. Já na barriga da mãe, o embrião e depois o feto são um corpo-pessoa. Alimentado através dos nutrientes que atravessam a placenta, esse embrião/feto já está imerso no ambiente tanto material quanto mental em que vive sua mãe e sua família, pois tais nutrientes dependem do que a mãe ingere como alimento, que por sua vez depende do contexto sociocultural em que ela vive, de sua situação socioeconômica, de suas crenças religiosas. Ou seja, os nutrientes já são desde sempre bioculturais. Além disso, todas as aspirações, desejos e crenças que cercam o nascimento dessa criança, acerca de seu gênero (é menino ou menina?), de seu lugar na família, na sociedade, tudo isso compõe a produção de um corpo-pessoa.

² Sobre os pressupostos que norteiam a prática médica, ver Carmargo Jr. (2003).

Uma vez nascida, como a criança será nutrida? Será amamentada por sua mãe? Por outra pessoa?

Toda a discussão sobre a amamentação do bebê e seu futuro desmame — como dar de mamar, quando, quantas vezes ao dia, até quando etc. — é necessariamente biocultural, ou físico-moral. Sub-jacente a toda a discussão acerca do leite materno como um nutriente e suas consequências para a saúde (biológica) da criança, há um conjunto de ideais extremamente fortes e amplamente difundidos acerca da mulher e seu papel histórico de mãe e provedora de cuidados. A definição do que é ser mulher e, sendo mulher, do que é ser uma *boa* mãe é uma questão moral crucial em nossa cultura, que se *corpófica* num ato físico — o "dar de mamar".³ Nesse sentido o bebê está mandando leite (nutrientes específicos passíveis de uma análise material) junto com idéias/valores.

O desmame — que necessariamente envolverá questões bioculturais como a definição de diferentes fases na vida da criança, ou do tempo que uma boa mãe deve dedicar à amamentação de seu rebento — vai introduzir pouco a pouco a criança no mundo da alimentação. A criança de novo vai ingerir nutrientes que são valores sociais, ou valores sociais através dos nutrientes. Toda uma forma de classificação do mundo é incorporada, junto com a comida. Por exemplo, uma certa organização do mundo animal diz respeito à classificação dos animais entre aqueles que são "amigos do homem" e por isso não podem ser comidos, aqueles cuja carne é considerada comestível e que são criados para isso, aqueles que são selvagens ou perigosos e cuja carne por isso não se deve comer etc. Há uma organização espaço-temporal em torno das refeições — lugares e horários próprios para a ingestão de alimentos, além de uma forma de classificar as pessoas a partir do que elas comem e como o fazem. As crianças,

³ Sobre a construção histórica do ideal de maternidade no Ocidente, ver Badinter (1985).

como pequenos corpos-pessoas, vão aprendendo desde cedo a gostar (corporalmente) de certos alimentos e não de outros, a mastigar e engolir os alimentos de um modo e não de outro e a reagir com nojo, repulsa ou náusea (isto é, corporalmente) a uma subversão das regras, das classificações ou das idéias.⁴

Um adestramento corporal / espiritual

A aprendizagem da mastigação, do manuseio dos instrumentos (talheres), da posição do corpo, indica um adestramento corporal que cerca necessariamente o ato de comer. Mas não somente ele. Uma espécie de etiqueta ao mesmo tempo e indissociavelmente corporal e espiritual subjaz aos nossos atos mais corriqueiros, como andar, correr, sentar, falar, tocar outra pessoa, dirigir o olhar, aproximar-se de alguém, etc.⁵ Em cada um desses atos há sempre um conjunto de *valores sociais* que se realiza no corpo e através do corpo. O caráter biocultural de nossos atos corporais cotidianos fica bastante evidente no modo caracteristicamente feminino ou masculino de executá-los. Se a anatomia diferenciada dos corpos certamente justifica parte da “feminilidade” ou “masculinidade” dos comportamentos físicos, o fato de tais comportamentos variarem em diferentes culturas e grupos sociais demonstra que explicá-los unicamente do ponto de vista físico é insuficiente. Nesse sentido, ser homem ou ser mulher envolve um adestramento corporal, ao mesmo tempo físico e moral, em que se “aprende” não apenas a ser homem, por exemplo, mas também a ser um “homem de verdade”, ou uma “mulher de bem”. E não se trata aqui apenas de idéias em nossas cabeças, mas de ideais “corporificados” em nossas ações cotidianas.

Dentre o conjunto de adestramentos corporais por que passa uma criança, sem dúvida um dos mais relevantes é o treinamento

⁴ Sobre isso, ver Rodrigues (1986).

⁵ Ver o texto clássico de Marcel Mauss. Sobre a relação entre técnicas corporais e classe social, ver Boltanski (1989).

de hábitos higiênicos. Esse treinamento inclui não somente o controle dos esfínteres — que varia nos diferentes grupos sociais, tanto em termos do momento em que deve ocorrer como também na maneira como a criança é levada a realizá-lo —, mas também as abluções, os banhos e os cuidados corporais de modo geral. Em poucas searas da vida humana a imbricação biocultural ou físico-moral é tão evidente.

Em nossa cultura aprendemos que os hábitos que cercam os cuidados e a limpeza do corpo e de suas diferentes partes têm a ver com a higiene, que, por sua vez, costuma ser pensada como uma prática racional ou mesmo cientificamente fundamentada. O estudo de outras culturas mostra o valor altamente simbólico ou espiritual das abluções, por exemplo, e sua estreita relação com crenças acerca da pureza ou impureza de determinados ambientes, pessoas ou objetos. Lavar determinadas partes do corpo de determinado jeito ou em certos momentos pode ter a ver com as crenças religiosas do sujeito, seu *status* social ou com ambos. Costumamos olhar tais costumes com curiosidade, deixando de perceber o caráter simbólico ou mesmo espiritual de nossos hábitos higiênicos.

A antropóloga Mary Douglas costuma afirmar que “sujeira é matéria fora do lugar”. Terra no quintal não é sujeira, mas terra no assalto da sala de estar é, porque está fora do lugar. A separação entre o que é sujo e o que é limpo, portanto, tem a ver com o modo como o mundo à nossa volta é ordenado e com a manutenção apropriada dessa “arrumação”. Sujeira é desordem, é misturar o que não deve entrar em contato, é ignorar fronteiras que mantêm a ordem.⁶ Daí o peso moral da oposição sujeira *versus* limpeza. É comum, por isso, referirmo-nos à “sujeira” que alguém nos fez, ou ao passado “limpo” de alguém. Limpar significa purificar, afastar o mal — por isso dizemos que alguém tem a consciência “limpa”. Esse significado

⁶ Ver sobre isso Douglas (1976).

moral corporifica-se nas nossas ações de limpeza do corpo — quando, por exemplo, tomamos banho após assistir a um enterro porque cemitério é um lugar “sujo”. Ou quando os homens consideram o pêlo nas pernas ou nas axilas das mulheres como “sujeira” — a depilação valendo como uma espécie de “limpeza” na medida em que o pêlo na mulher é “maréria fora de lugar”.

Ao indicar desordem e mistura indevida, a sujeira também se associa às mais variadas doenças, uma vez que uma das justificativas racionais dos nossos preceitos higiênicos é a manutenção da saúde.

1 A doença na sua dimensão física e moral

A doença, do mesmo modo que a sujeira, é indissociavelmente física e moral, pois quem adoece não é o corpo-objeto, mas o corpo-pessoa.⁷

Ao sofrimento físico provocado por uma doença se acrescenta o sofrimento moral da pessoa que vê seu funcionamento no mundo comprometido: um homem que não consegue cumprir com seu papel de provedor da família, uma mãe que não consegue cuidar apropriadamente dos filhos, um trabalhador que não consegue realizar o que dele é esperado. Além disso, além da causa propriamente física associada à interrupção de uma doença, existe a “causa moral” que a ela se combina até o ponto de ambas se tornarem indissociáveis.⁸ De fato, as diferentes doenças são cada vez mais associadas a uma “falta moral”, isto é, comportamentos ou atitudes passíveis de condenação ou julgamento moral. Os exemplos mais evidentes são a Aids e as Doenças Sexualmente Transmissíveis de um modo geral — consideradas pelo senso comum como fruto de um comportamento fora das normas ou desprovido de moral. Determinados tipos de câncer, como o de pulmão, também podem ser atribuídos a atitudes

⁷ Ver Duarte e Leal (1998).

⁸ Ver Sontag (1984).

condenáveis do próprio sujeito, mas esse tipo de atitude não se refere apenas às doenças graves ou potencialmente mortais. Mesmo os resfriados comuns podem ser atribuídos a uma atitude desleixada ou a excessos cometidos pelo sujeito. Associamos de um modo geral a doença a um modo de vida desregado, mais: excessos de comida, de bebida ou de sexo podem provocar os mais variados problemas de saúde, do mesmo modo que a falta de exercícios, de um certo tipo de comida, de uma vida ordenada. Condena-se não apenas a vida sedentária (o pecado da preguiça?), mas também os excessos de toda ordem — excessos que, em outros tempos, seriam designados pelos termos “gula” ou “luxúria”. Cada vez mais a medicina, na sua face preventiva, exorta as pessoas a buscar uma existência regrada, tranquila, equilibrada: uma vida saudável aparece cada vez mais associada a uma vida moralmente aceitável. Segundo a medicina, a retidão moral decididamente promove saúde.⁹

A condenação tanto dos excessos quanto da preguiça leva muitas vezes a uma preocupação, às vezes obsessiva, com a forma física — seja na busca de exercícios, vida ao ar livre, esportes, seja na busca de uma dieta saudável.

Como vimos no início deste texto, a comida é um alimento tanto físico quanto moral, pois o ser humano não ingere apenas nutrientes — uma quantidade determinada de calorías ou carboidratos —, mas também um certo modo de ver e organizar o mundo. A atual preocupação com a dietética é um bom exemplo do caráter moral da alimentação. A busca da comida “natural” (saudável porque natural e natural porque saudável), a condenação dos agrotóxicos, dos transgênicos, dos enlatados, tudo isso se articula à condenação da sociedade capitalista moderna e do estilo de vida desumano a ela associado, além da exploração desordenada do meio ambiente. Condenação moral, portanto, dos excessos de uma sociedade em busca

⁹ Para uma discussão crítica acerca do ideal da “saúde perfeita”, ver Sfez (1996).

de valores perdidos. Não terá a valorização do alimento “integral” a ver com a busca de uma certa integridade moral de cuja ausência nos ressentimos?

| *Medicina: a dimensão moral ocultada*

Uma vez que se admite a dimensão inegavelmente moral da busca da saúde, é necessário que também se leve em conta o caráter eminentemente moral da autoridade médica. De fato, boa parte das prescrições médicas, por exigirem mudanças importantes no estilo de vida do paciente (comer menos, beber menos, andar mais etc.), é decididamente moral. Além disso, os próprios pacientes buscam no médico e na medicina regras do bem-viver – o grande sucesso de livros de auto-ajuda no campo da saúde é prova da existência dessa forte demanda por regras para a vida.

Entretanto, apesar da dimensão inegavelmente físico-moral do par saúde – doença e da própria prática médica, a medicina moderna funciona a partir do recalçamento dessa dimensão, e da afirmação da possibilidade de um funcionamento puramente biológico do corpo humano. Volto aqui ao tema com o qual iniciei esse texto: o corpo-objeto como base dos estudos do futuro médico.

Esse desconhecimento ativo do próprio modo de funcionamento leva a prática médica a uma espécie de confronto com a demanda e as necessidades dos sujeitos que procuram a ajuda do médico. Como afirmei mais acima, uma pessoa doente é sempre alguém moralmente diminuído, há sempre um sofrimento moral envolvido no adoecimento. A pessoa que procura um médico não quer apenas se curar, busca também o significado de seu mal-estar. É necessário que aquele evento adquira um sentido na sua vida. Essa é a fonte dos eternos questionamentos “por que eu?”, “por que agora?” “que fiz eu?”. O médico que acredita na realidade inquestionável do corpo-objeto, focalizando sua investigação e sua intervenção no funcionamento puramente fisiológico ou bioquímico desse “objeto”, não tem como lidar com a dimensão moral do sofrimento de seu paciente.

O aparato tecnológico que cada vez mais envolve o ato médico, com a exigência de exames cada vez mais sofisticados para a produção de um diagnóstico, sem dúvida intensifica a objetivação a que estou me referindo. É inevitável reconhecer que tal tecnologia contribui para uma maior eficácia da ação médica. Resta entretanto a questão do significado. A eficácia proporcionada pela tecnologia moderna tem algum efeito em termos de atribuição de sentido para o sofrimento do paciente? Ou o aumento da objetivação como resultado do aparato tecnológico diminui as possibilidades de atribuição de sentido? Como manter a alta eficácia obtida com a tecnologia sem perder de vista a dimensão moral do trabalho médico? Como cuidar de corpos que são sempre e inapelavelmente pessoas?¹⁰ As respostas para essas perguntas exigem, antes de mais nada, que se leve em conta a dimensão moral tanto do trabalho médico quanto do corpo humano. Só assim poderemos deixar de pensar que o ser humano é um somatório de planos distintos (o “biológico”, o “social”, o “psicológico”). Na vida cotidiana tais planos são sentidos e vividos como uma totalidade que, ao ser despedaçada por eventos desagregadores, necessita tanto da cura quanto do sentido.

| *Referências bibliográficas*

- BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BONNET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- CAMARCO JR., Kenneth. *Biomedicina, saber e ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

¹⁰ As propostas para uma atenção integral em saúde são discutidas em Pinheiro e Mattos (2003; 2004).

*Biomedicina e racionalidade científica
no ensino contemporâneo
da área de saúde*



- DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (org.). *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp, 1974. v. 2, p. 209-233
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2003.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, IMS/UERJ, ABRASCO, 2004.
- RODRIGUES, José Carlos. *O tabu do corpo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Dois Pontos Editora, 1986.
- SFEZ, Lucien. *A saúde perfeita*. São Paulo: Loyola, 1996.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Até o Renascimento, ou seja, até por volta do século XVI, prevaleceu na cultura ocidental a concepção da medicina como forma de inter-relação de sujeitos, ou de interação de subjetividades (para empregar uma expressão atual), através da qual um sujeito, sofrendo de terminada doença, poderia ser curado por um “artesão” da medicina. Dessa forma, as curas eram vistas como *arte médica*, o que tinha na época um peso cultural muito grande. Com a ascensão paulatina da ciência no Ocidente, houve não propriamente uma ruptura mas uma descontinuidade nessa concepção de medicina. A passagem cultural para a modernidade, que se deu entre os séculos XVII e XIX, determinou a predominância progressiva da ciência, introduzindo a arte terapêutica no campo da racionalidade científica (Luz, 2004).

Foucault utiliza a categoria de *episteme* para designar essa passagem, representando episteme a forma coletiva de pensar e ver o mundo, de analisar e julgar as coisas numa cultura em determinado período histórico. O personagem literário de Dom Quixote de La Mancha foi apresentado por Foucault na obra *Les mots et les choses* (Foucault, 1966), como modelo de sujeito que assinala essa passagem, representando a episteme da similitude, que caracteriza o período medieval e vai até o Renascimento. A similaridade, a cumpli-