

SÉRIE ANTROPOLOGIA

342

**ENTRE O INFERNO E O PARAÍSO.
SAÚDE, DIREITOS E CONFLITUALIDADES.
Lia Zanotta Machado**

**Brasília
2003**

Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades.

Lia Zanotta Machado¹

A legitimidade da linguagem dos direitos dos indivíduos como direitos cidadãos se generaliza e tende a se ampliar entre as camadas populares. Consolida-se o entendimento de que o acesso aos serviços públicos de saúde, segurança e educação são direitos que devem ser assegurados. Na mesma linha da consolidação da linguagem dos direitos, fortalecem-se e se expandem as idéias de que as diferenças de gênero, classe e raça são ilegítimas e discriminatórias. De outro lado, as recentes transformações dos Estados nacionais na América Latina vêm configurando nitidamente uma nova forma de concepção e de legitimação do que se entende por âmbito da atuação do Estado. Do marco institucional anterior de que estes Estados poderiam e deveriam ser concebidos como “Estados do Bem-Estar”, passa-se à legitimação de um Estado que deve restringir sua atuação, como produtor de serviços, às áreas de Educação, Saúde e Segurança, e articular a oferta destes serviços em Educação e Saúde, cada vez mais, com formas privadas de oferta de serviços.

O propósito deste trabalho é analisar os efeitos dessas novas legitimidades de um Estado que não mais se identifica com o modelo do Estado de Bem-Estar e as antigas e novas formas de reforço e reinvenção das linguagens dos direitos individuais como direitos à não discriminação e, no contexto dos serviços a usuários, direitos à humanização de atendimento.

O campo etnográfico de reflexão se inscreve nas atuais práticas cotidianas de atendimento à saúde em hospitais da rede pública em Brasília, fraturadas entre as duas formas de legitimidade de atuação do Estado que estão em enfrentamento. De um lado, a idéia força da universalidade de atendimento pela rede pública de saúde, sua necessidade de renovação de equipamentos, de contratação de pessoal qualificado, e de melhoria de atenção ao usuário, incorporando toda a linguagem dos direitos, da não discriminação e da “humanização do atendimento”. De outro, a construção social de uma “crença” sobre o lugar secundário e complementar que a rede pública de saúde tende a seguir face à rede privada, e da “naturalização” das falhas e carências da rede pública. Tais enfrentamentos permeiam as mudanças ao nível da representação dos atores centrais, tanto decisores quanto profissionais de saúde e incidem sobre as formas de atendimento aos usuários. Dentro da Antropologia da Saúde², este trabalho foca as relações entre profissionais de saúde e usuários dos sistemas de saúde. Especial atenção foi dada para a emergência das conflitualidades no interior das práticas cotidianas, a caracterização de sua diversidade segundo o gênero e a diversidade de situações de discriminação, conforme um espaço seja misto ou pensado como específico do feminino.

¹ Professora Titular do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher (NEPeM/UnB), Dra. em Ciências Humanas, USP, 1980 e Pós-doutorado em Antropologia na École des Hautes Etudes em Sciences Sociales (EHESS) em Paris, 1994.

² Ver o panorama geral traçado por Alves e Rabelo (1998) sobre o desenvolvimento da antropologia da Saúde no Brasil.

Este trabalho é resultado de pesquisa qualitativa que vimos desenvolvendo com apoio da Fundação Ford e do CNPq junto a dois hospitais públicos regionais de Brasília.³ Enquanto um destes hospitais é especializado na área de maternidade, o outro tem atendimento mais generalizado. No espaço deste trabalho, serão focados: o Pronto Socorro e as Maternidades. Além da observação realizada por mim e pela equipe de pesquisadores que coordeno, entrevistas formais, com gravador, e informais, foram e estão sendo realizadas com usuários e com profissionais, todas consentidas oralmente pelos entrevistados.

O Pronto Socorro e a circulação positiva e negativa das “dídivas”.

O Pronto Socorro é o espaço mais ambíguo do sistema de saúde público. Aparece como a única área de entrada do usuário no sistema de saúde, que se lhe acena como aberta, tanto para emergências, como substitutiva de uma série de tentativas de acesso ao sistema, sucessivamente fechadas, porque dilatadas no tempo. Mesmo que o usuário fique horas na fila, sente-se atendido no mesmo dia em que se percebe como necessitando atendimento à saúde. Do ponto de vista do usuário, é o espaço que pode ser o mais eficaz, onde o usuário pode ser atendido, quando fracassam todas as outras formas de acesso. Pode, contudo, se tornar o espaço que condensa e reforça todas as frustrações anteriores.

Não se pode minimizar o que há de especificidades e diferenças nos sistemas públicos brasileiros de saúde, conforme seus sistemas municipais e estaduais de atendimento sejam mais ou menos capazes de oferecer serviços de atenção primária e secundária mais eficazes⁴, respondendo à diversidade qualitativa e quantitativa de serviços, diminuindo os tempos de intervalo entre a instituição da demanda pelo usuário e a marcação da consulta. Contudo, enquanto os sistemas de atenção primária exigem que seus usuários comprovem pela moradia pertencerem à área de atendimento daquele centro ou posto de saúde, e aí serem cadastrados, e os ambulatoriais exigem o encaminhamento pelos postos ou centros de saúde, os Prontos Socorros são o recurso universal dos que não podem comprovar moradia ou encaminhamento e dos que entendem que não podem esperar atendimentos marcados dilatados no tempo de meses ou de anos, tempo maior que o de suas doenças ou de suas sobrevidas. Assim, quanto mais os centros de saúde e ambulatoriais não conseguem atender qualitativa ou quantitativamente os usuários, maiores são as pressões sobre os Prontos Socorros.

³ Coordenei a parte relativa ao setor de saúde do Projeto do NEPeM e da AGENDE financiado pela Fundação Ford: “A Resolução Institucional de Conflitualidades. Acesso aos Direitos Humanos das Mulheres”, assim como o projeto relativo à área de Saúde do Projeto Integrado junto ao CNPQ: “Relações de Gênero e Raça: Hierarquias, Poderes e Violências”. Seguem-se os pesquisadores que participaram da pesquisa na área de saúde: Dora Porto, Telma Litwinczik, Andréia Magalhães, Lucélia Luiz Pereira, Marta Magalhães, Silvia Sevilla, Mariana de Lima e Silva, Danilo Assis Clímaco, Cristiane Fulgêncio e Andréia Reis, como estudantes de graduação ou como estudantes de especialização ou mestrado. Este artigo se baseia na análise do material de pesquisa de todo os participantes do grupo por mim coordenado: observações de campo e entrevistas. No que tange aos trechos de entrevistas gravadas aqui citadas, recorro especialmente às entrevistas concedidas à Dora Porto e Telma Litwinczik, transcritas na íntegra. Ver também Relatórios de Pesquisa de Litwinczik (2001) e Porto (2000). Agradeço especialmente aos diretores responsáveis e a todo pessoal especializado e administrativo pela generosidade do acolhimento nas áreas de pesquisa dos hospitais contatados.

⁴ O estudo de Arsego de Oliveira (1998) aponta as relações tecidas entre a população moradora de vilas de classes populares de Porto Alegre e os postos de saúde adscritos a essa região, mostrando lá uma importância maior dos Postos de Saúde, mas sempre há, segundo Ondina Leal (1992) uma hierarquia entre o que pode ser tratado no ‘postinho’ e o que exige atendimento no hospital.

Em Brasília, as pressões são fortes, tanto porque atendem a usuários do entorno (próximo e distante) da cidade, quanto pela excessiva dilatação do tempo entre o surgimento da demanda e seu atendimento, indicando capacidade restrita de atendimento da demanda por saúde nas instâncias de atenção primária e secundária. Entendo, contudo, que a situação de funcionamento do Pronto Socorro, ora em estudo, revela, não uma situação única de um hospital ou de uma cidade, mas uma problemática nacional.

Segundo uma usuária entrevistada no Pronto Socorro: *“Venho direto aqui, posto de saúde? Lá mesmo é que é difícil, não tem vaga, tem que ter cartão. Eu também não tenho cartão de Recanto das Emas(onde moro). Eu tenho cartão aqui de Taguatinga Sul, mas não serve, até para fazer o cartão é fila, dia certo, horário, coisa que atrapalha a gente”* (Z). Segundo o marido acompanhante de sua mulher com febre e garganta inflamada: *“Passamos antes no Posto, mas só tinha marcação pra daqui a meses, lá não atende emergência, no posto quando a gente consegue ser consultado, já nem precisa mais, então procura o Pronto Socorro, e se não conhecer ninguém, morre lá na porta”*.(Y). Segundo outra usuária, grávida, com dor de coluna que *“ataca às vezes”*: *“Na primeira vez, vim com encaminhamento. Mas essa eu já vim direto. Eu trabalho, não posso ficar esperando, aqui eu gasto um dia só, encaminhamento é mais demorado e em posto de saúde não faz esse atendimento”*. (X). Segundo a esposa acompanhante do marido que fraturou o braço em acidente de trabalho em Monte Alto: *“Passamos no posto e a ambulância trouxe até Brazlândia. Monte Alto não tem ortopedista, a gente vai só pra dar encaminhamento, ou às vezes vai direto. Se não tiver carro tem que ser a noite inteira pra voltar, não dá pra sair pra rua, tem que dormir no hospital mesmo”*. (W)

Para a visão médica, o espaço do Pronto Socorro em Hospital Público é o espaço da inversão dos valores médicos concebidos modelarmente, como englobando duas formas típicas de cuidar dos corpos doentes e buscar estados de saúde estáveis. Estas duas formas derivam da diferenciação radical que postulam entre atendimentos emergenciais, e que seriam aqueles únicos que deveriam aceder ao Pronto Socorro, e atendimentos não emergenciais que devem permitir o estabelecimento de relações médico–paciente continuadas.

As falas de alguns médicos entrevistados são indicadores da lógica médica sobre como deveria operar o sistema público. Esta visão é coerente com a própria proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os diferentes níveis de atenção à saúde. Na visão de um médico: *“Quem está no governo, tem que mudar essas estruturas. É uma situação que está totalmente errada. Esse grande fluxo de pacientes no PS (Pronto Socorro), também não tem indicação de PS. Quando deveria estar funcionando um Centro de Saúde adequado, para receber aquele paciente”*. (A) E de outro: *“A gente chegou à conclusão, que oP.S. aqui é uma válvula de escape para muita gente, né? Acha que vai resolver todos os problemas aqui. Então se você tivesse um tempo para conversar com um paciente desses, tratar mesmo, indicar um tratamento, não só passar um remedinho para baixar a pressão agora e mandar embora, você ia ver que o problema é social, né? Desde maus tratos até condição de vida, né? Então a gente se depara muito com isso com certeza.”*(B.)

O Pronto Socorro visto como **válvula de escape** da sociedade frente a um sistema público de atenção primária à saúde, percebido como precário pela própria visão médica que trabalha nos hospitais, passa a fundar a inevitabilidade de atendimentos não satisfatórios no Pronto Socorro, como também na Clínica Médica do Hospital, também assolada pela necessidade de um atendimento mais generalizado e

num tempo curto, do que o desejado segundo os médicos . Na fala de um médico: “*É difícil para eles (usuários) entenderem ,né? Hoje em dia eles chegam ali, e querem ser atendidos na hora, não tem jeito. Tem, por, exemplo, tem dois médicos atendendo, só tem cem pessoas na fila ,tá? Então, essa pessoa acha que o problema dela é mais grave que o seu, que do outro que tá na frente dele. Então quando chega você, às vezes depois de duas horas de espera, vamos supor, na clínica médica, ela entra no consultório, se você fala bom dia, ela não responde, ou às vezes já entra te xingando, que vocês são preguiçosos, não sei o quê e tal. Então é mais ou menos assim que está o relacionamento médico-paciente hoje em dia. Então, o médico... já está um pouquinho vacinado, então ele já não dá esta oportunidade. Então o paciente senta, o que tá sentindo e já vai , faz a prática. Assim é o menos tempo possível de contato com aquela pessoa. (Só) para resolver o problema dela de doença. E vai embora”* (B.)

É percebida e nomeada uma deterioração das relações médico-pacientes, que parecem advir do anonimato e da igualdade entre pacientes, e da falta de importância das singularidades de pacientes diante de uma situação de carência do sistema expressa no excesso de pacientes demandantes. O Pronto Socorro, segundo a fala médica, deveria diferenciar apenas os casos emergenciais mais graves dos casos emergenciais de menor risco, passando os primeiros à frente. Ao contrário, o Pronto Socorro é muito mais do que isso do ponto de vista do usuário. Localiza-se, no sistema, em comparação com as outras possibilidades de acesso ao sistema (postos ou centros de saúde e ambulatórios dos hospitais) como o espaço, por excelência, de acesso universal e sem necessidade de passos intermediários ao sistema de saúde.

Da incongruência de sua função esperada pelos médicos e evidenciada e realizada pelos usuários, produz-se um espaço de conflitualidade que é visto pelos médicos como deterioração das relações médico-pacientes. Há um desencontro entre as expectativas dos pacientes e a dos médicos. Segundo os médicos, há pacientes que ainda agradecem, “*e, às vezes você não faz nada e ele sai beijando a mão de você e agradecendo muito*”. (A). Mas muitos agridem. Segundo uma outra médica: *Médico tem três mães: uma no céu, outra na terra e uma na boca do povo (...). Quando a gente é xingada tem que responder com bom humor pra não ficar com fama de grossa, porque tem que dar uma resposta pra pessoa se colocar no lugar dela, aí você é a vítima e ela o algoz.*(C).

O conflito decorrente das diferenças e antagonismos de expectativas entre usuários (pacientes) e médicos sobre a sua relação se torna claro na expressão metafórica utilizada por um dos médicos, referindo-se ao que entende acontecer no seu espaço de trabalho: é como se houvesse sido interposta, entre pacientes e médicos, uma **barreira invisível**. “*O que o indivíduo faz não é pessoal... Ele bota uma barreira invisível, o que vem pra cá e eu (o médico) boto pra’ lá e ele não me atinge. E o que que eu faço, se eu atendo 30 pessoas e 10 me agridem... Procuo me proteger.*” (A)

A metáfora da *barreira invisível* remete ao que gostaria de denominar de **circulação negativa da reciprocidade de formas de prestígio** a serem trocadas como dádivas entre médicos e usuários. Dos médicos, esperam-se os dons da atenção/escuta/cuidado e os atos curativos; dos usuários, esperam-se os dons da atenção/fala/gratidão e os atos de adesão aos procedimentos de cura. Médicos e usuários parecem compartilhar e participar de uma mesma definição do que esperar de uns e outros. Se os dons esperados diferem, todos podem ser entendidos como circulação de formas de prestígio. Quando a **circulação positiva da reciprocidade das formas de prestígio esperadas** se dá, o testemunho dos usuários se presentifica não só em

agradecimentos, como através de cartazes espalhados no espaço hospitalar, agradecendo a cura ou a vida de um ente querido a um médico, nomeado e identificado.

As falas dos usuários tanto reconhecem os serviços médicos prestados, quanto demonstram a conflitualidade. De uma forma ou de outra, tanto as expressões de gratidão quanto às de conflitualidade já estão entrelaçadas com a idéia de direitos. Seguem-se falas de reconhecimento que os serviços médicos são sinais de prestígio atribuídos aos usuários pelos médicos e de reconhecimento dos seus direitos de serem atendidos. Segundo uma usuária, moradora de Taguatinga: *“Não existe hospital nenhum que você não espere, que não tem que esperar a sua vez, até o do governo. Aqui é ótimo. Não tenho nada a reclamar. O problema é que a população é que é grande (...) tem gente que já vem chegando assim, não é assim não. Isto é todos os hospitais, não é só aqui, toda vez que eu venho eu sou bem atendida, não tem dessa não (...). a gente ainda tá pegando bem deles atenderem assim causa simples, que aqui, a emergência, eles atendem mesmo na hora”*. (V). E outro usuário que trazia uma menina para engessar o braço estabelece uma relação entre Deus que cura e a sabedoria dos médicos, à qual é agradecido. Segundo ele: *“Deus cura tudo, não existe enfermidade que resista a Deus. É a sabedoria de Deus na vida deles, teve condições de batalhar aquele conhecimento. Eu durmo aí satisfeito porque sei que eles trabalham ali a favor da comunidade, tem que esperar por eles, porque não vão atender todos juntos, é um por vez. Tem que esperar mesmo, não pode se desesperar, tem que ter atendimento”*. (U).

As falas que denunciam que não houve o esperado ato de prestigiar o usuário por parte do médico e respeitar o seu direito de atendimento, são frequentes. Mulher acompanhante de tia que “estava tendo desmaios” afirma: *“Tem pouco médico e falta vontade de atender, falta controle do atendimento, tem médico que atende rápido e passa por cima. Quando tem vontade de atender bem, pede pra tomar soro, injeção, espera o resultado. Quando não, dá injeção e manda pra casa”*. (T). Machucado num acidente de trabalho carregando cimento, um usuário conta: *“O corpo travado, eu tava com dor nas costas, o médico fez uns movimentos que eu rejeitei, me jogou pra lá, pra cá, disse que era só muscular e me deu um atestado para eu voltar pro trabalho. ‘Espera aí (eu disse), você sabe o que eu estou sentindo?’ Não tomei injeção nem nada. Quando eu vi que não tinha nada a ver comigo, fiquei com medo de tomar o medicamento e fui embora(...) parece que é sacanagem mesmo, que traz problemas de casa para dividir com os clientes.”* (S). Usuária, trazendo filho com gripe explica o que espera do Pronto Socorro, pois já passou pelo Posto de Saúde onde foi medicada com bezetazil: *“o que o médico pode passar de repente é a mesma coisa de novo. Quería que ele pedisse um exame, tirar um raio-x pra ver se tá com bronquite, porque sem exame é difícil, já foi medicado sem exame”*. (R).

Os usuários não só demandam atendimento como esperam determinados tipos de procedimentos, entram em relações conflituosas quando não atendidos, voltam ou vão a outros hospitais e temem tomar medicamentos se não se consideram bem atendidos.

Disputam ainda saberes e diagnósticos com os médicos, como é o caso da usuária, mãe de um filho com fêmur quebrado atendido no Pronto Socorro, encaminhado para internação na ortopedia. *“Ninguém foi ver a febre, depois de tanto brigar pra ver o que era, aí picou ele em todo o canto. Pediram exame de sangue e deu um pouco de anemia, exame de urina, infecção de rim, raio-x (talvez fosse pneumonia), não viram direito. ‘O Jonas está com febre’. Os enfermeiros ficaram acudindo a madrugada inteira, fazendo compressa pra baixar a febre. A ortopedia estava perfeita e 40 graus de febre. Recebeu alta no meio da noite. E eu dizendo que estava com*

pneumonia. 'Você quer saber mais do que a gente?'. 'Claro que eu sei, eu conheço o meu filho, sei descobrir as doenças dele'. (A enfermeira disse) 'Eu não sou a pediatra, vá procurar o médico'. E eu dentro do hospital. Agora imagina se eu vou embora e o menino morre no meio do caminho. A responsabilidade vai ser minha e não do médico que deu alta com 40 graus de febre. Depois de eu me recusar a ir embora, deu dez minutos, ela voltou e disse que era pneumonia. Só foi removido para a Pediatria de ontem para hoje.' (Q).

A invocação que aqui faço do modelo da dádiva como um dos princípios de organização social, apontado de forma brilhante por Mauss (1974), é clara. A novidade que trago é a de que este princípio pode se realizar tanto na sua positividade quanto na sua negatividade, onde se realiza através das formas de conflito exatamente estruturadas a partir do modelo positivo de circulação de dádivas. Parece-me que é exatamente a idéia da dádiva maussiana que propicia pensar com propriedade o compartilhar de um modelo de interação social de dádivas recíprocas, quer ela se dê positiva ou negativamente. Este modelo permite dar conta tanto da conflitualidade, como do compartilhamento de expectativas, diferentemente do modelo de uma relação médico-paciente pensada exclusivamente em termos de poder unilateral de imposição disciplinar, inspirada em Foucault (1992), muito embora, seus componentes autoritários aí estejam presentes, visíveis nas formas acima enunciadas de descrédito em relação ao saber dos usuários. Mas contra estas falas, muitos usuários insistem nos seus saberes e direitos. O modelo maussiano da reciprocidade permite pensar, ao mesmo tempo, a conflitualidade (ver , neste sentido Boileau, 1995) e a circulação positiva de expectativas, e, também, simultaneamente o exercício de regras de prestígio e de direitos.

Dádivas, Hierarquias, Direitos e Conflitualidades.

Pensar as relações entre prestadores e usuários de serviços médicos como regidos pela circulação de dons desiguais de prestígio entre médicos e pacientes, permite enfatizar seu forte caráter hierárquico⁵, sem reduzi-lo a um modelo autoritário disciplinar por natureza. Vale ressaltar que a reciprocidade pensada por Mauss jamais referiu-se exclusivamente a uma reciprocidade igualitária, mas sim a reciprocidades que seguem e consolidam hierarquias sociais prescritas em cada sociedade em particular. A hierarquia de prestígio entre médicos e pacientes que se centra nas diferenças de saberes da medicina oficial, pode, por sua vez, sustentar todo um desdobramento de valores hierárquicos em nome das diferenças de saberes entre classes, gêneros e raças/cores/etnias. Se os valores hierárquicos suportam variados procedimentos autoritários por parte dos médicos e do corpo de profissionais de saúde, suportam leituras invertidas onde o reconhecimento dos direitos dos usuários confronta o reconhecimento dos prestígios hierárquicos dos médicos.

Caillé (1994 e 2002), Godbout (1999) e Derrida (1991), autores para quem a perspectiva maussiana da dádiva assume relevância, embora discordem em muitas de suas interpretações, são unânimes ao apontar que a noção de um intervalo de tempo

⁵ Em meu artigo sobre "Família, Honra e Individualismo" (Machado, Lia, 1985), já havia ressaltado a idéia maussiana da reciprocidade como princípio de organização social, plenamente compatível com a idéia de hierarquia, tal como formulada por Mauss {1923/4}, quanto posteriormente por Dumont (1966).

entre uma dádiva e outra, é questão fundamental para que o dom seja dado como dádiva que parece não exigir recompensa, e, ao mesmo tempo, obrigar a uma retribuição. Embora os dons trocados entre médicos e pacientes possam ser vistos no imediatismo de sua troca, não é este imediatismo que baliza a reciprocidade, mas a continuidade anônima da circulação das dádivas entre médicos e usuários. A agressão de um usuário a um médico e a agressão de um médico a um usuário põem em marcha agressões subseqüentes a usuários e médicos, assim como bons atendimentos põem em marcha a circulação positiva, indicando que o que está em jogo é uma ampla rede de reciprocidade de dons diferenciais entre médicos e usuários, e não as trocas restritas e imediatas entre uma díade qualquer componente de uma relação médico-usuário. O testemunho dos médicos de que a circulação de prestígio e reconhecimento se dá, é retribuída na atenção dada aos pacientes seguintes. Assim, a circulação de agradecimentos e agressões, de atos curativos e atos de omissão, se dá sem que jamais sejam pensados como se obrigando uns aos outros, mas sendo eficazes na circulação continuada negativa ou positiva das dádivas.

Nesta circulação de dádivas positivas e negativas, onde as contra-dádivas se fazem de forma negativa ou positiva, seguindo o movimento anterior, mas, podendo produzir ondas de refluxos que redirecionam a circulação, incluem, a partir da nuclearidade da relação médico-paciente, as várias categorias de profissionais da saúde e do corpo administrativo. Segundo um usuário crítico do atendimento do Pronto Socorro tudo se dá como se fosse: *“Jogo de empurra, vim aqui disseram que a primeira ida era lá (posto de saúde). Fica fazendo a gente de palhaço. Aquele negócio de desacato ao funcionário público. Xinguei todo mundo. Os caras não tem educação. Não sabem explicar direito o que a gente tem que fazer.”*(P). E outro, no mesmo sentido afirma: *“Esses profissionais que convivem com o sofrimento humano devem ser preparados. O paciente chega e tem uma tropa de choque esperando. O que acontece? Um conflito. Aquele atendente, ele tem necessidade de aparecer, falar alto, gesticular, aparecer, é algum fator psicológico, não é uma pessoa ruim, alguém chega aqui e acha que ele quer aparecer, umas três pessoas já se indispuseram com ele”*.(O).

Este modelo atualizado não só pelos usuários mas por médicos e profissionais de saúde, faz-se, assim, realizar tanto como circulação positiva como negativa de dádivas. De um lado, a conflitualidade chega a níveis altos, e, de outro, a visibilidade dos agradecimentos dos usuários se potencializa, assim como o reconhecimento pelos médicos dos agradecimentos dos usuários. A produção das **barreiras invisíveis** é o sintoma da circulação de dons que se realiza na negatividade.

O valor do modelo da relação médico-paciente, compartilhado por médicos e pacientes no espaço do hospital público, está baseado na espera da circulação de dádivas entendidas como a reciprocidade do reconhecimento de prestígios e de direitos, é, paradoxalmente, um valor mais devedor do valor atribuído às formas de relações médico-pacientes instituídas no atendimento médico domiciliar nos séculos XVIII e início do XIX, (Foucault, 2003), que do modelo disciplinar dos corpos classificados na consolidação das clínicas no ambiente hospitalar dos séculos XIX e XX. (Foucault, 2003). Aproxima-se ainda da idéia de “medicina como benevolência, humanidade e sacerdócio”, tal como relatado por Laplantine (1986) nos termos de um projeto de associação de médicos votado no século XIX. Em termos mais laicos, a fala de outro médico entrevistado no hospital aponta como atributo da profissão o ato de *“levar alegria onde antes havia dor e sofrimento”*.⁶

⁶ Ver Relatório de Pesquisa de Marta Magalhães, PIBIC, 2001, entrevista realizada no setor de hemodiálise do mesmo hospital.

A prática médica supunha o atendimento individualizado a domicílio, atendimento “livre de qualquer olhar de grupo e da própria experiência hospitalar”, onde o saber médico buscava a “*natureza da espécie da doença*”, e *pressupunha uma relação onde “médico e doente estão implicados em uma proximidade cada vez maior e ligados, o médico por um olhar que espreita, apóia sempre mais e penetra, e o doente pelo conjunto das qualidades insubstituíveis e mudas que nele traem, isto é, mostram e variam as belas formas ordenadas da doença”*. (Foucault, 2003). As características históricas do doente precisavam ser relatadas e conhecidas pelo médico para desvendar as variantes, a natureza da doença e da cura, assim, como estar o doente em casa pressupunha não só poder conhecer pelo médico do curso natural da doença como permitir o curso natural da cura.

Se hoje, o saber médico está longe de uma “medicina das espécies”, desaparecida na fala médica, embora parcialmente presente nas falas populares, o valor de uma relação médico-paciente centrada na atenção/fala/escuta/cuidado/cura, nascido na mesma época, permanece. Contudo, apresenta diferenças. Desdobra-se em duas legitimidades distintas. De um lado os novos saberes clínicos, ainda que menos dependentes de uma “clínica dos sintomas” continuam a usar a *anamnese* como um dos modos de acessar a possíveis sintomas, ao lado de uma crescente dependência dos exames tecnológicos; de outro, a escuta/fala, se inscreve no valor de longa duração da relação hierárquica e assistencial outorgada à figura do médico, que se entrelaça e modifica com a articulação de seu enunciado ao novo enunciado da linguagem dos direitos. A diferença, talvez, em relação ao atendimento domiciliar dos séculos XVIII e XIX, e aos primórdios da clínica dos sintomas, é que as linguagens dos direitos individuais tenham se enraizado nas próprias formas de gratidão, onde ela não se inscreve em algum lugar vazio, mas sim, responde a um lugar que se denomina como lugar de direito, fazendo do usuário aquele que, ao mesmo tempo não só é impotente, sem saber e demandante, mas que exige o direito de ser atendido. Veja-se, por exemplo, a clara inscrição da linguagem dos direitos nas falas dos usuários R, Q, S e T acima citadas.

Outros dois novos valores parecem trabalhar contra a quase ruptura entre o que prescreve o saber médico que cada vez mais parece dispensar a fala do doente e a expectativa de uma relação humanizada entre médico e paciente. Estes novos valores são advindos, um do saber disciplinar da antropologia, que é a “*eficácia simbólica*”⁷, e outro, da psicologia que é o “*acolhimento*”. Em outros termos, em maior ou menor medida, os saberes médicos incorporam que as formas de relacionamento dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários, segundo incluam ou não “*acolhimento*” fazem efeito (“*eficácia*”) sobre a cura e a adesão aos procedimentos médicos⁸.

Se a pesquisa no Pronto Socorro em foco aponta a forte adesão de médicos e usuários ao modelo de relação médico-paciente onde circulam dádivas recíprocas de prestígio entre usuários e médicos, este modelo aparece fortemente como um modelo

⁷ O conceito de “*eficácia simbólica*” foi tratado de forma memorável por Lévi-Strauss (1974). Na Antropologia Médica, Kleinman (1998) entende que “*enfermidade e processo de cura também conformam parte do sistema de atenção-cuidado à saúde. Dentro desse sistema, articulam-se como experiências e atividades culturalmente construídas*”. (pp.24-25). Os significados culturais permeiam assim as relações médico-pacientes e fazem efeitos nas representações do adoecimento e nos processos de cura.

⁸ Conforme Kern (1993), a adesão (*compliance*), na medicina é vista como obediência do paciente à ingestão de medicamentos e aos padrões comportamentais requeridos. Gonçalves (1998) aponta que, para os usuários, adesão consiste “*em tomar os medicamentos da melhor maneira, ou seja muitos evitam tomá-los da forma prescrita, na intenção de amenizar efeitos colaterais*”(p.106).

desejado, mas que, nas falas médicas, nem sempre é pensado como modelo possível. Em contraponto, avulta o modelo da primazia do olhar médico sobre os corpos doentes, onde o indivíduo doente é secundário e sua fala dispensável.

A naturalização da precariedade e a primazia do corpo e da morte.

O Pronto Socorro, como lugar universal de entrada do sistema público de saúde, é o espaço hospitalar onde os doentes não estão classificados segundo suas doenças, e, nas condições de precariedade das atenções primária e secundária do sistema de saúde público brasileiro, onde os usuários não obedecem à classificação médica de emergência ou risco do caso. É, de fato, o espaço da classificação primeira do corpo médico: da triagem dos casos graves, de menor risco, e das mais variadas doenças. É, assim, o espaço hospitalar por excelência da realização do debruçar do olhar médico para o primeiro diagnóstico. Sendo por excelência, o espaço do primeiro diagnóstico, daí, a tensão, por excelência dos dois modelos de atenção médica.

O modelo de relação médico-paciente que se faz em contraponto ao da circulação das dádivas, é o da primazia do olhar médico sobre o corpo doente, olhar que supõe uma interação entre médicos e pacientes, onde a fala do doente é somente requerida em termos minimalistas. Este modelo é acionado especialmente pelos médicos e outros profissionais de saúde, mas dificilmente pelos usuários. Com todo o desenvolvimento da clínica dos séculos XIX e XX que passa a integrar os saberes da anatomia patológica, passou-se da medicina dos sintomas, para a medicina dos órgãos, do foco e das causas, e o olhar médico se tornou “armado” com o seu saber que pode buscar a “visibilidade” das doenças no “invisível” da espessura dos volumes e dos tecidos, através de exames laboratoriais e de imagens que atravessam as superfícies visíveis. Assim, em grande parte, a *anamnese*, a escuta da história dos sintomas pelo paciente, passa a ser secundária, e o olhar médico se empodera. Daí, a relação médico-paciente de escuta/fala poder estar sob o registro do supérfluo ou meramente complementar.

A precariedade do sistema público hospitalar remete à concepção de um Estado não dadivoso ou de um Estado incapaz de prover as necessidades, que é invocado para a prova de que o único modelo médico possível em situações precárias é o do modelo do atendimento imediato do corpo e de sua doença, no espaço menor de tempo possível. Neste modelo médico da exclusividade do ato curativo do corpo, a atenção/escuta/cuidado e a atenção/fala/respeito devem ser reduzidos a seu elemento de tempo mínimo.

É corrente o entendimento de que, dada a carência e precariedade do sistema, os contatos entre médicos e pacientes só terão condições de estar centrados exclusivamente na área corporal atingida por uma doença ou por um trauma. É como se não houvesse tempo para nenhuma outra preocupação ou interlocução que não aquela instrumental da definição do componente essencial do ato médico: a definição do problema no corpo do paciente que deve ser considerado como patológico ou doente. É diante desta perspectiva que se legitima a visão do modelo da clínica hospitalar que Foucault aponta e caracteriza desde os meados do século XIX. Os corpos devem ser dispostos e classificados para que a visibilidade da doença seja demonstrada o mais claramente possível. A diferença é de que no nascimento da clínica, o tempo de espera da manifestação da verdade da doença poderia se desenrolar na clínica hospitalar, e, na atualidade, a verdade da doença do corpo deve se manifestar e ser detectada em tempo mínimo através do olhar médico. A outra diferença é que o saber médico se sabe

baseado em exames da verdade da doença que está na ordem do invisível, para além do próprio toque médico, do olhar corporal do médico e do ouvir o corpo doente pelo médico, e para além dos sintomas rememorados pelo paciente, de tal modo que se a fala do paciente parece nada revelar dos lugares do corpo doente, ela pode ser dispensada.

Assim, justapõem-se dois modelos de relações entre médicos e pacientes: o inscrito secularmente na idéia do atendimento domiciliar, centrado na “liberdade” da relação médico-paciente de atenção/escuta/fala/cura, e o segundo inscrito na idéia da clínica hospitalar da medicina dos órgãos, do foco e das causas, e da busca de configuração do patológico. O primeiro tende a ser pensado como desejado e idealizado por médicos e usuários, e o segundo a ser pensado pelos médicos como o modelo pragmático:aquele que é o possível diante da precariedade do sistema público: o modelo curativo da parte doente do corpo.

A prevalência da definição da parte do corpo em estado patológico como modelo de atendimento, presente em falas médicas, produz simbolicamente um corte profundo entre doença/corpo e indivíduo/paciente com suas emoções e sua situação de vulnerabilidade social. Para a fala médica, as áreas emocional e social passam a ser vistas como impeditivas da visibilidade da doença e da possibilidade de dar prioridade à atuação médica privilegiada que é a atenção à parte doente do corpo. Segundo a fala de um médico: *“Não tem mais aquele contato, não, senta aí, vamos conversar...A gente não consegue ter mais este tipo de contato.(...) No P.S., cada dia tem um médico. Tem uns que são mais propensos a conversar, tem uns que são mais arredios, a pessoa mesmo, o médico. Porque médico também é gente.Tem seus momentos de fraqueza,de tudo. Então se a pessoa chega, e ele já vê **que já está pro lado da ...(emoção), que não é o lado da patologia, ele já quer mandar embora, seu caso não é aqui, então começa aquela discussão.Eu já tive muito disso aqui, aí vai na chefia, reclamar que foi mal atendido pelo fulano de tal, é difícil.. Aí, isso é um problema sério. (...) Se existe alguma infração administrativa, você tem que apurar... Agora, a parte da educação, (...) eu não posso dar educação a ele (médico), né/ Eu gostaria que eles (médicos) atendessem bem, né/. Mas aí, já é um caso que foge ao meu controle (...): a conduta dele (médico) como pessoa..(B).***

Este mesmo médico registra que, na sua própria atuação, quando se sente obrigado a dar prioridade à parte doente do corpo, algo (da questão de saúde/cura) escapa ao olhar médico: *Eu tenho 20 (pacientes) para atender, como é que eu vou gastar meia-hora com um paciente? Aí o outro, na hora que o outro entrar, já vai me xingar. (...) Você se sente impotente. Costurar o corte, eu consigo mas, e o resto que advém disso aí? Às vezes numa conversa com o paciente, você ajuda, né? A gente não tem mais isso. Aqui no P. S.”. (B).*

Há uma contínua expulsão do social e do emocional das questões de saúde e das relações médico-pacientes. Rompe-se aqui a crença na íntima conexão entre a fala/escuta das relações médico/paciente e as condições de eficácia do diagnóstico e tratamento, presentes no primeiro modelo invocado de relação médico-paciente.

A nomeação e o reconhecimento desta ruptura ou deste processo acabado de dissociação da integralidade da saúde do usuário, pela fala médica que vivencia cotidianamente o interior do sistema público de saúde, permite que se visibilize que há uma hierarquia entre os modelos de relação médico-paciente. O saber médico contemporâneo entende como primordial a atenção ao elemento corporal patológico. É este o que constitui o centro da coerência e adequação da idéia de cura, hegemônica no mundo médico. O modelo da escuta/atenção é secundário, embora desejado.

Entendida a descoberta e cura corporal como a essencialidade do ato médico, passa a ser ela o centro da idéia da relação médico –paciente. A relação, como tal nada significa, a não ser se serve à detecção do patológico no corpo. Toda a qualificação da relação médico–paciente idealizada para permitir a confiabilidade entre eles, pensada como capaz de criar um vínculo, se desvanece diante do ato médico centrado no “olhar armado” e na instrumentalidade da descoberta e cura do patológico. Diante deste entendimento, a relação médico-paciente pensada como estabelecimento de vínculo, torna-se seu excesso, pois ela pode se restringir apenas à sua qualidade de instrumento de chegada, pelo caminho mais curto possível, ao diagnóstico da patologia e proposição de uma intervenção que permita a cura.

As classes e os gêneros da conflitualidade.

O hospital público como um todo , e não somente o Pronto Socorro é o espaço invocado, para a quase inviabilidade da desejada relação médico-paciente em que se estabelece um vínculo com o indivíduo e não exclusivamente com a parte patológica do corpo.

O indivíduo/paciente/usuário do sistema público é imaginado sob o paradigma do pobre e sem recursos, face ao indivíduo/paciente/usuário dos consultórios e hospitais particulares. Segundo a fala de um médico sobre o funcionamento médico nos hospitais públicos: *“Não existe um compromisso global, existe um compromisso direcionado pra tratar ‘aquilo’. Quer dizer, eu, no meu consultório e aqui, eu faço. Eu estava hoje conversando com um residente. Todo paciente que sai aqui do Pronto Socorro, de dez pacientes que são atendidos , nove saem sem remédio. Mas no particular , ele passa receita pro paciente dele! Mesmo que não haja ‘ necessidade’, entre aspas. Porque sempre há. Um remédio pra dor todo mundo precisa. Um antiinflamatório na ortopedia todo mundo precisa. Um relaxante muscular sempre tem. Mas aqui (no hospital), ninguém faz. Ai a justificativa: ‘ah...porque é um ‘jacaré’. Jacaré é o paciente pobre. É o que não tem condições. ‘Não, ele não tem dinheiro, eu não vou passar’. Isto não é justificativa, assim... Tem que passar.”*(D).

O usuário não só é reconhecido, na gíria médica, como “jacaré”, quanto se aponta a generalização da dificuldade de relacionamento médico-paciente em função da diferença de “linguajar”. Crítico em relação a esta situação, o médico entrevistado afirma: *“O médico quando senta na sua própria cadeira, pela própria cultura, e o linguajar dele, não chega nas pessoas. Então, cada médico tem essa sensibilidade e conhecimento da língua portuguesa para chegar nele. O tom de voz é outra coisa que eu sinto demais. O tom de voz dos médicos é um tom de voz agressivo, um tom de não se aproximar às vezes também.... Não é nem agressivo, é de não se aproximar. É querer só saber a doença. Quer dizer não aproxima do paciente, não conversa com ele, não toca nele, não relaxa o paciente pra ele contar isso daí. ‘A senhora já fez suas necessidades hoje?’ Mas se você não pergunta, o paciente não responde. Então cabe ao médico realmente esmiuçar e chegar. E falta na ortopedia, em grande parte, este relacionamento. A causa , eu acho que é a falta de interesse do próprio médico e também pelo excesso de volumes existentes na Fundação Hospitalar que leva a pessoa a um nível de estresse que acaba realmente: ‘O quê que houve aí, quebrou o quê? Quebrou ali. Vai ali e bate o raio-x’. Basicamente é isso”*.(D).

Tanto a aparência diacrítica da pobreza como a diferença do linguajar dos usuários populares, são, as duas situações aqui diretamente pensadas, como lugares de distinção entre médicos e usuários. (Ver Boltanski, 1984, e Bourdieu, 1979) . A leitura

diacrítica da cor, que faz do usuário aquele que é predominantemente pardo, face à cor branca ou “menos parda” entre os profissionais de saúde do topo da hierarquia, reforça a percepção de que se está diante de camadas populares pobres. As distinções de classe, cor e linguajar, são percebidas pelos médicos, como marcas de diferença social. Mas é a sua transmutação em diferenças de saberes, que permite a construção de um discurso legitimador de uma prática médica pública que se baseia no entendimento da inevitabilidade da distância entre médicos e usuários em nome das diferenças de saberes médicos técnicos, e em nome das diferenças de formas de comportamento e de sociabilidades consideradas “adequadas” e “educadas”. Mantém-se assim a demarcação da distância social. Supõe-se que o usuário, tendo poucas informações sobre os saberes médicos, pouco precisará saber sobre “sua doença e seu tratamento”.

O médico, enquanto figura e categoria generalizada, parece ter pouca cumplicidade identitária com o paciente das classes populares, e, assim o trata como um outro, no sentido da diferença matemática de ‘menos’. Neles parece pouco se reconhecer, de tal modo que a dádiva pode ser feita de forma mais restrita, não através do diálogo, mas apenas pelo ato do procedimento médico sobre a parte do corpo “doente”. A medicina exclusiva da atenção à parte do corpo que prescindir de qualquer vínculo, ganha condições de legitimidade. Em nome de nenhuma lesão ou doença reconhecida imediatamente pelo olhar médico, não se reconhece a demanda da dádiva. Assim, a demanda do usuário, pode ser pensada como equivocada, não se a reconhecendo como tal, como é o caso do olhar médico que diz se tratar apenas de um “caso emocional”, enquanto o usuário alega “doença” e necessidade de “atenção”. Os sujeitos usuários se entendem como atores de um sistema de dádivas e contra-dádivas, e entendem estes bloqueios como dádivas que circulam negativamente. Daí a emergência de um sem número de conflitos e agressões. De outro lado, isto não quer dizer que já não esteja instalada, entre alguns ou muitos dos médicos, a percepção do valor de novas formas de relacionamento entre médicos e usuários, como é o caso do médico entrevistado. Mas a “falta de tempo”, é posta como impeditiva, e é sinal e evidência da “dura realidade cotidiana” dos hospitais públicos, permitindo a naturalização de um proceder médico, que reforça a distância social.

Os pacientes dos consultórios e hospitais particulares são reconhecidos pela diferença de estarem em posições de menor distância social com o corpo médico, assim como os consultórios e hospitais particulares são pensados como espaços mais propiciatórios para a efetivação da idéia de “relação médico-paciente” e da “liberdade” e “compromisso” do médico implícitos nesta relação. Mas, tal como os usuários do sistema público, os pacientes/clientes dos sistemas privados são também produtores de críticas e conflitos. Uns e outros são distinguidos na sua forma. “*O paciente daqui (hospital público) é agressivo. O de lá (particular) é irônico*”.(D). A ironia é um elemento discursivo das classes médias e intelectualizadas, muito mais do que nas classes populares, indicando que diante da ironia, mais instrumentos de negociação têm os médicos para lidar com os conflitos.

A agressividade dos usuários dos sistemas públicos, por sua vez remete a uma lógica de sentido de classe. A agressividade seria o último recurso do “homem educado”. Assim, na fala do médico entrevistado, sua crítica admite que há médicos que usam a fala e o tom de voz, agressivos, e, depois se corrige, há médicos que usam o “tom de não se aproximar”, ou seja de marcar a distância social.

Falas e expressões esparsas entre médicos e funcionários administrativos do Pronto Socorro sobre a conflitualidade constante naquele espaço, apontam a diferença entre a agressividade dos usuários homens e mulheres. Nestas falas e expressões

rotineiras referentes aos pacientes que entram em conflito, os homens tendem a ser “ignorantes” e “sem educação”. As mulheres tendem a gritar e a ter “piti”, dizendo que não agüentam a dor ou que não agüentam não serem atendidas. Assim, o termo “agressivo”, utilizado como o último recurso do exercício da conflitualidade pelo médico e pelo sujeito de classe média, quando atribuído ao paciente público que confronta, o coloca na proximidade do “homem não educado” e “ignorante” que reivindica apenas de forma agressiva, através do xingamento. Quanto às mulheres usuárias, vistas como paradigmaticamente mulheres das classes populares, parecem duplamente somarem os estereótipos de classe com os de gênero e assim se situarem, entre a agressividade dos “seres não bem educados que xingam” e os estereótipos atribuídos ao gênero⁹ feminino: mulheres frágeis que, fortemente incomodam, porque dão ‘pitis’, ‘pitis’ que tendem a apontar para o caráter **nervoso** (ver Duarte, 1986), peculiar ao feminino das classes trabalhadoras, onde os motivos capazes de desencadear estas ações dramáticas são freqüentemente motivos fúteis, ou de pequena relevância. Formas expressivas de tentar duplamente desqualificar as reivindicações das mulheres de classes populares.

É sempre possível pensar que os efeitos da fala autoritária médica, da imposição de barreiras invisíveis (até no tom de voz que marca distância) e da posição superior na hierarquia de valores sociais e de saberes, tenham a eficácia de produzir a auto-desqualificação dos usuários no âmbito do espaço hospitalar. Contudo, usuários e usuárias contrapõem-se à desqualificação em nome da legitimidade da linguagem de direitos e em nome da legitimidade simbólica do modelo de oferta de serviços de saúde pensado como circulação de dádivas e contra-dádivas: apresentam reivindicações de direitos e reivindicações feitas em nome de sua dignidade e de seu próprio saber, como revelam as inúmeras cenas conflituosas.

O tempo na saúde pública e o futuro do sistema público.

O Pronto Socorro, por excelência, por supor paradoxalmente um atendimento estritamente emergencial, associado a uma demanda claramente numerosa e que supera sua capacidade, é o lugar que permite desvelar a centralidade da concepção contemporânea do saber médico sobre a relação médico-paciente no sistema público: o olhar sobre a parte patológica do corpo. Essas condições emergenciais e precárias, parecem se tornar assim auto-demonstrativas da necessidade de escoimar todas os excessos e supérfluos das práticas médicas. Apontam onde se deve concentrar a prática essencial do médico: atender e intervir sobre as partes do corpo em estado patológico, em especial, aquelas que se encontrem em estado de colocar em risco a vida do paciente.

Os médicos do Pronto Socorro parecem se situar por excelência, entre a sedução da instrumentalidade de ter uma resposta única, um **semblante de saber**, como diz Calligaris (1991), como resposta às demandas dos usuários, sedução que é perversa pois exige a dessensibilização e a construção de barreiras invisíveis, e a angústia da impossibilidade de um querer que foge ao “semblante”, ou ao “aparecer como”, que é o reconhecimento da humanidade e identidade com o outro, e a falta (saudável) de uma resposta única e unitária.

Um segundo vértice da angústia médica parece ser sua impotência diante da idéia de salvação médica e de cura, que parece sempre ultrapassar a intervenção

⁹ Entendo o conceito de gênero pela sua novidade metodológica de instaurar a radicalidade da arbitrariedade cultural na relação entre gênero e sexo. Ver Machado, Lia, 1998).

corporal, que é a luta mesma contra a morte, luta tão englobante que recoloca as questões sociais como questões de saúde pela porta do fundo. *“Na correria do plantão, você tem que desligar porque você tem mais um tanto para atender, mais um monte de coisas para dar solução, entendeu? Mas depois, quando você para um pouquinho, você vai ver, ou você vai conversar com um colega, você fica assim... Que vida, né? Esse pessoal...Porque você fica chateado,né? Porque vê gente aí sofrendo, chega aqui para ter atendimento, e não tem atendimento, que às vezes a gente gostaria de dar. Porque eu gostaria de dar um atendimento melhor mas, eu não posso”.*(A)

A necessidade do distanciamento, ausência de identificação entre o corpo médico e os pacientes, as pressões do cotidiano que parecem produzir a insensibilidade e a fragmentação das relações dos agentes de saúde e dos pacientes que contribuem para a despersonalização do paciente, parecem reduzir o peso da responsabilidade, como aliás, já tem sido discutido por Menzies (1970), Pitta (1990), Berlinguer (1988), e Porto e Araújo (2000). Contudo, o que reforço aqui é a idéia da circulação das angústias de uma sensibilidade que se inscreve e que parece ter que ser sucessivamente silenciada pela instrumentalidade de um saber médico que se pretende tudo saber de sua aparência de instrumentalidade, mas que duvida de que quer o que diz querer. E ainda se pergunta sobre o que poderia ser.

O tom e estilo das falas acima citadas, remetem assim, tanto ao modelo possível e redutor da atenção à parte do corpo doente, numa fração de **tempo minimalista**, como à uma relação vincular onde o tempo do atendimento e a modalidade da relação fossem outros: **tempo que propiciasse a relação**, onde as questões sociais e emocionais do indivíduo poderiam e deveriam ser consideradas na sua íntima conexão com o seu estado de saúde, ou seja, seriam questões de saúde. Esta íntima conexão, se aparece como algo desejável, aparece também como impossível e, portanto, arcaica e superada, face ao realismo da inexorabilidade das deficiências e carências do sistema público de saúde.

No meu entendimento, o modelo referido como ideal, mas não realizável, é o que hoje é nomeado pelo SUS como meta e objetivo: oferecer atenção integral à saúde, ou atenção à integralidade de saúde do usuário. É o que é nomeado pela Organização Mundial de Saúde que entende que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Tal como interpreto, o primeiro e o segundo modelos de relacionamento entre médicos e pacientes a partir das falas médicas, estão justapostos e articulados, revelando que a idéia de reciprocidade que aparecia como envolvendo apenas a díade, aparece como um tripé: Médico, Paciente e Estado. A fala médica, é clara ao invocar aqui a presença do Estado como o terceiro agente. O modelo de interação parece como se fazendo entre três tipos de agentes: os médicos, os usuários, e o Estado/Governo/Direção do Hospital. O Estado é pensado como o terceiro agente, ao qual se atribui o *locus* da qualidade de propiciador das condições de trabalho dos médicos e dos outros profissionais de saúde.

Invocado o Estado como um terceiro agente que deveria propiciar as condições de trabalho, e pensado na sua insuficiente capacidade propiciatória, justifica-se a impossibilidade ou dificuldade de cumprir com o desejo médico da circulação positiva das dádivas, e a inviabilidade do modelo médico que inclui escuta, cuidados e atenção. Conforme seja a posição e ação do Estado, personalizada no governo ou na direção do hospital, e incluída no circuito das categorias de atores inseridos nas regras de reciprocidade, torna-se o *locus* da circulação das dádivas entre médicos e pacientes tal como desejados e idealizados.

A precariedade do sistema parece tudo naturalizar, naturalizando em especial o lugar do sistema público de saúde como um serviço inevitavelmente precário. Este é que por excelência é o lugar da suposta inexorabilidade da decadência do sistema público de saúde. Esta crença parece, ao se construir, produzir a profecia a ser auto-cumprida da insustentabilidade de um modelo público de saúde na modernidade. Este parece ser o fulcro da nova crença derivada do deslocamento de uma crítica que propunha um novo e melhor sistema público, para uma crítica que cristaliza as mazelas inevitáveis do setor público.

E o ciclo se completa. O valor de longa duração de uma relação médico-paciente humanizada e a universalidade de atendimento que sustentou os movimentos de reforma do sistema público de saúde, para um sistema universal de saúde (SUS), especialmente sustentado pelo movimento sanitarista e pelo movimento feminista, em parte, passa a conviver com a descrença da sustentabilidade do sistema público. Invoca-se, deste mesmo espaço, nostálgicamente, o sistema privado do consultório, das clínicas e dos hospitais particulares, onde lá, seria possível o tempo necessário para a atenção demandada pelos usuários. Duras interrogações: presentes e futuras.

Entre as dores sagradas do parto e a sacralização do ato médico.

Ao justapor as maternidades no espaço deste artigo (ainda que, apenas rapidamente), ao pronto-socorro, objetivo ressaltar o contraste entre um espaço de atendimento a um público misto quanto a gênero que é o do pronto socorro e um espaço exclusivo de atendimento a mulheres, que é o das maternidades. Busco apresentar os marcos globais onde se insere o debate sobre o “parto medicalizado humanizado” *versus* “parto medicalizado tradicional” e referir-me, em amplo sobrevôo, ao contraste entre uma maternidade hospitalar tradicional e uma maternidade hospitalar inovadora. As diferenças entre elas são marcantes, mas as duas se defrontam com dificuldades de se posicionarem diante da mulher como sujeito do parto.

Os grandes avanços no reconhecimento institucional pelo Estado Brasileiro, dos direitos das mulheres e da busca da eliminação da discriminação, são inegáveis. Contudo, sua consolidação prática e cotidiana na esfera institucional é extremamente frágil. A discriminação é tão enraizada em valores tradicionais que emergem no interior mesmo das práticas institucionais públicas¹⁰.

Um dos novos desafios, já lançados pela política pública brasileira na área de saúde, busca atingir e modificar um dos lugares mais recônditos da persistência médica em tratar as usuárias dos serviços de forma discriminatória, sem que os prestadores de serviço se percebam como discriminadores. Trata-se do atendimento medicalizado ao parto, tal como instituído nos fins do século XIX e generalizado ao longo do século XX. O desafio lançado recentemente advém dos vários componentes do Programa de Humanização do Parto.

De um lado, este programa consiste fundamentalmente na aplicação de normas administrativas e técnicas para garantir o número mínimo de consultas no período do pré-natal e a qualidade do atendimento no momento do parto. Objetiva a diminuição da mortalidade materno-infantil pela generalização do parto hospitalar antecedido do atendimento pré-natal.

De outro lado, este programa também apóia e premia formas procedimentais e técnicas que implicam em uma nova e radical mudança nas relações entre médicos e

¹⁰ Parte das considerações que se seguem estão presentes in Machado, Lia Zanotta (2002).

parturientes, e médicos e enfermeiras. Estas transformações exigem substanciais transformações interativas e subjetivas de médicos, enfermeiras e usuárias/parturientes. Passa-se do equipamento da cama alta e imóvel para uma cama baixa e ajustável; da posição deitada e imóvel para a parturiente, para a diversidade de posicionamento no parto (agachada e sentada), onde a força da gravidade é utilizada em favor da parturiente e não contra ela, e de movimentação permitida à usuária, antes e durante os momentos da expulsão.

Objetiva-se passar do generalizado domínio do médico sobre o parto e seus atores no centro obstétrico obrigatório, para a concepção da mulher, como sujeito do parto, ajudada e/ou acompanhada pelo médico ou pela enfermeira obstetra e podendo contar com a presença de familiares. O parto normal deixa de ser um quase evento cirúrgico e se transforma em um evento que na maioria das vezes, sequer exigiria a episiotomia. O acesso à intervenção cesariana permanece como direito e possibilidade, sempre que necessário.

A forma ainda prevalecente de parto hospitalar, para além dos hospitais maternidades inovadores, obedece ao modelo de preparação cirúrgica, sendo interdita a oferta de água e a perambulação. As camas, destinadas às usuárias para as longas horas que precedem o parto, são feitas altas para o olhar médico. Altas, dificultam a descida autônoma das mulheres. Estreitas e curtas, podem deixar cair os bebês que aí nascam de um parto mais rápido.

As “mãezinhas” tal como percebidas pelo sistema hospitalar, não devem gritar, mas também não podem se calar. Ao se calarem, como poderão os médicos e as enfermeiras saber que a hora está de fato se aproximando? Distantes em outras salas, médicos e enfermeiras dizem controlar a hora da aproximação do parto, pela diferença dos gritos.

A dor do parto tão decantada tradicionalmente como a marca da posição sofredora do destino das mulheres, parece tornar natural o conjunto de interdições impostas às mulheres na hora do parto tal como foi instituído no mundo médico. Não se movimentar, não gritar, não esquecer de gritar no momento certo, não tomar água, não temer, não pedir apoio afetivo, não solicitar nem obter informações, estar só, esperar, desnudar-se à espera de um número de exames genitais, indefinido e desconhecido por ela. Sofrer a dor do parto, e a dor da culpa da dor, e da culpa da demanda de atenção¹¹.

O momento mais fortemente marcado pela idéia tradicional da figura feminina, o parto, se transfigura, segundo a fala de um médico altamente empenhado em modificar as condições do parto hospitalar no Brasil em uma verdadeira violência e agressão, e responsável pela instauração do modelo inovador de maternidade em Brasília. A violência mais silenciosa, mais escondida e mais sutil das práticas institucionais, porque realizada num contexto onde, ao mesmo tempo, se está oferecendo a ela condições de exercer um dos direitos modernos da cidadania: a possibilidade de acesso ao parto hospitalar que, sem sombra de dúvida, é responsável pela diminuição das mortes maternas.

¹¹ Pesquisa sob coordenação de Lia Zanotta Machado, que contou com as pesquisadoras Dora Porto, Andréia Barbosa Magalhães e Yolanda Vaz Guimarães junto à Maternidade de um Hospital Regional de Brasília, e com Sílvia Sevilla, Mariana Lima e Cristiane Fulgêncio no Hospital Materno-infantil que introduziu formas inovadoras no atendimento ao parto. Os dados da pesquisa na maternidade que segue o modelo tradicional do parto medicalizado estão apresentados em artigo neste mesmo livro por Magalhães e Guimarães. Os da maternidade inovadora serão apresentados em outra oportunidade, pois a pesquisa está em andamento.

Com certeza, a hegemonia do masculino como paradigma da masculinidade e a diferença de saber profissional acrescida da distância social entre as mulheres de classes populares que constituem a maioria das mulheres atendidas nos hospitais públicos coloca a experiência do parto numa posição abismal em relação ao mundo médico. Não há cumplicidades. Há poluição. Cumprir instituir uma distância de sensibilidades. Cumprir naturalizar o sofrimento, de tal forma que o suplemento da dor simbólica das condições autoritárias do parto passam despercebidas pelos próprios prestadores de serviço.

Contudo, os novos valores, ao serem declarados, repetidos e incentivados ganham novos espaços. Instituições aderem às novas formas de atenção às parturientes. Seus profissionais, na maioria das vezes se dividem entre adeptos fervorosos e uma resistência surda ou declarada. Suas pacientes/usuárias se dividem entre as que obedecem e agradecem e as que exigem e reivindicam, mas a inscrição da dor e da exigência de sua participação ativa no desenrolar do parto, no mesmo momento da intensidade da dor, as tornam mais vulneráveis à palavra médica e à dos profissionais de saúde. Sua condição de ser “sujeito do parto”, que é a proposta da nova política, exige uma radical transformação das relações médico-pacientes, tanto por parte das usuárias quanto de médicos/as e enfermeiras.

Segundo o modelo inovador, o ato médico de assistir o parto, é um ato técnico que deve garantir que o parto esteja se desenvolvendo de forma normal, e propiciar as melhores condições para a ação de parir da mulher. Segundo as práticas efetivas, mesmo em hospitais inovadores, o ato médico tende a ser simbolicamente invocado por pacientes e médicos como o ato sagrado de “fazer o parto”, e o ato de parir das mulheres, como o ato de “ajudar o médico”. Consideradas naturais as dores do parto e a passividade dos corpos das mulheres, perdem-se possibilidades de utilizar todas as novas posições permitidas pela manipulação adequada dos equipamentos e, com elas, a atenuação ou supressão da dor, e os prazeres de ser sujeito do parto e sujeito social do parto, quando viabilizada a presença de familiares..

Neste espaço não misto da maternidade, é onde a discriminação pode ser mais surda e menos reconhecida pelos próprios médicos e pelas usuárias, pois é capaz de naturalizar não só a dor das mulheres, como suas formas angustiadas de reivindicação transmutadas e expressas em nome do medo e do desespero. No espaço misto do Pronto Socorro, as discriminações ganham visibilidade em formas de conflitualidades mais tensas.

Se o imaginário social discriminativo afeta pouco a formulação discursiva das políticas públicas brasileiras, propondo continuamente inovações, afeta com muito mais força as práticas cotidianas institucionais que se organizaram e se constituíram num contexto social altamente hierarquizado. No Brasil, não são poucas as inovações nas concepções dos modelos institucionais, mas a grande dificuldade parece estar enraizada nas práticas cotidianas.

O grande desafio é a instauração de um diálogo efetivo entre prestadores de serviços de saúde e os usuários e usuárias, (assim como entre profissionais da educação e da segurança e os usuários e usuárias) de tal forma que possamos revolucionar simbolicamente os valores discriminatórios tão sutis quanto insensíveis das práticas institucionais. Valores que resistem surdamente, muitas vezes, sem sequer reconhecer que resistem, aos ideais compartilhados de toda a nação brasileira e reconhecidos pelo Estado brasileiro da igualdade de direitos entre mulheres e homens e de direitos iguais independente da situação de classe e cor. Valores que também são fortemente afetados,

na sua realização, pelos efeitos da incerteza sobre o lugar e o futuro do sistema público de saúde no Estado brasileiro.

Bibliografia Citada :

- BERLINGUER (1988)_ **A Doença**. São Paulo: Hucitec.
- BOILLEAU, Jean-Luc (1995)_ **Conflit et lien social_ La rivalité contre la domination**. Paris : La Découverte/MAUSS.
- BOLTANSKI, L. (1984)_ **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio: Graal.
- BOURDIEU, Pierre (1979)_ **La Distinction: critique sociale du jugement**. Paris: Minuit.
- CAILLÉ, Alain (2002)_ **Antropologia do Dom**. Rio: Vozes.
- CAILLÉ, Alain (1994)_ **Don, Interêt et Desintéressement - Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres**. Paris: La Découverte/MAUSS.
- CALLIGARIS, Contardo (1991)_ **“A Sedução Totalitária”**. In ARAGÃO , Luiz et alii **Clínica do Social. Ensaio**. São Paulo: Ed. Escuta.
- DERRIDA, Jacques (1991)_ **Donner le Temps**. Paris: Galilé.
- DUARTE, Luiz F. (1986)_ **Da Vida Nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio: Jorge Zahar/CNPq.
- DUARTE, Luiz F. e LEAL, Ondina F.(orgs.)_ **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio: Ed. Fiocruz, pp.81-94.
- DUMONT, Louis (1966)_ **Homo Hierarquicus**. Paris, TEL Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1992)_ {1980} **Microfísica do Poder**. Rio : Graal.
- FOUCAULT, Michel (2003)_ {1963} **O Nascimento da Clínica**. Rio : Forense Universtária, 5ª ed..
- GODBOUT, Jacques (1999)_ **O Espírito da Dádiva**. Rio: Ed. Fundação Getulio Vargas.
- GONÇALVES, Helen (1998)_ *Corpo Doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose*. In DUARTE, Luiz F. e LEAL, Ondina F.(orgs.)_ **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio: Ed. Fiocruz, pp.105-117.
- KERN, D.E.(1993)_ *Obediência do paciente às recomendações médicas*. In BARKER et al. (orgs)_ **Princípios de Medicina Ambulatorial**. Porto alegre: Artes Médicas, pp.33-46.
- KLEINMAN, A. (1980) **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press.
- LAPLANTINE, François (1986)_ **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes.
- LEAL, Ondina (1992)_ *Benedeiras e Bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional*. **Cadernos de Antropologia**. Porto Alegre, 5:7-22.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1974)_ **Antropologia Estrutural 1**. Rio: Tempo Brasileiro.
- LITWINCZIK, Telma (2001)_ *Relatório de pesquisa: Gênero, Saúde e Direitos*. PIBIC/UnB.
- MAGALHÃES, Andréia e GUIMARÃES, Iolanda (2002)_ *Universo Feminino e Assistência Familiar*. Brasília. NEPeM/UnB.
- MAGALHÃES, Marta (2001)_ *Relatório de Pesquisa: Saúde e Gênero*, NEPeM/PIBIC/ UnB.
- MACHADO, Lia Zanotta (1985)_ *Família, Honra e Individualismo*. In **Anuário Antropológico/85**.

- MACHADO, Lia Zanotta (1998)_ *Gênero, um novo Paradigma*. In **Cadernos Pagu** (11), pp.107-125. Campinas: UNICAMP
- MACHADO, Lia Zanotta (2002)_ *Os Frágeis Direitos das Mulheres*. **Revista Promoção da Saúde**, ano 3, nº6, outubro. Brasília: Ministério da Saúde.
- MAUSS, Marcel (1974)_ {1923,1924} *Ensaio sobre a Dádiva. Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas*. In **Sociologia e Antropologia**. Vol.II. São Paulo: E.P.U. e EDUSP.
- MENZIES, Isabel (1970)_ *The Functioning of Organizations as Social Systems of Defense against anxieties*. Institute of Human Relations, mimeo..
- Ministério da Saúde. 2001. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*, Brasília: M.S..
- OLIVEIRA, Francisco Arsego de (1998)_ *Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso?* In DUARTE, Luiz F. e LEAL, Ondina F.(orgs.)_ **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio: Ed. Fiocruz, pp.81-94.
- PITTA, Ana (1990)_ **Hospital, Dor e Morte como Ofício**. São Paulo: AnnaBlume/Hucitec.
- PORTO, Dora (2000)_ *Relatório de Pesquisa: Maternidade e Sofrimento*. NEPeM/UnB/CNPq.
- PORTO, Dora e ARAÚJO, Zaldenira (2000)_ *Nascimento: Solidariedade ou Vulnerabilidade?* Brasília: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética. Monografia do curso de Especialização.