

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**SENHORES DO DESTINO?  
A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL COMO ELEMENTO  
CONDICIONANTE À RECEPTIVIDADE DAS NOVAS TECNOLOGIAS  
TERAPÊUTICAS DE MANIPULAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO EM UM  
SETOR DA COMUNIDADE MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**MARI CLEISE SANDALOWSKI**

**Porto Alegre**

**2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

SENHORES DO DESTINO?  
A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL COMO ELEMENTO CONDICIONANTE À  
RECEPTIVIDADE DAS NOVAS TECNOLOGIAS TERAPÊUTICAS DE  
MANIPULAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO EM UM SETOR DA COMUNIDADE  
MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

MARI CLEISE SANDALOWSKI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Renato de Oliveira

Porto Alegre

2009

MARI CLEISE SANDALOWSKI

SENHORES DO DESTINO?

A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL COMO ELEMENTO CONDICIONANTE À  
RECEPTIVIDADE DAS NOVAS TECNOLOGIAS TERAPÊUTICAS DE MANIPULAÇÃO DE  
CÉLULAS-TRONCO EM UM SETOR DA COMUNIDADE MÉDICA DO RIO GRANDE DO  
SUL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e  
Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Aprovado em 24 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

---

PROF<sup>o</sup>. DR<sup>o</sup>. RENATO DE OLIVEIRA  
PPG-Sociologia – IFCH – UFRGS (Presidente da Banca)

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MADEL THEREZINHA LUZ  
PPG-Medicina Social – UERJ

---

PROF<sup>o</sup>. DR<sup>o</sup>. JOSÉ ROBERTO GOLDIM  
PPG-Ciências Médicas – UFRGS

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. DANIELA RIVA KNAUTH  
PPG-Antropologia – IFCH – UFRGS

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CLARISSA BAETA NEVES  
PPG-Sociologia – IFCH – UFRGS

*Aos meus pais, Geraldo e Irene, e à minha  
irmã, Cleusa, com quem aprendi que os  
sonhos sempre podem tornar-se realidade.  
Para Ildomar, com carinho.*

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas colaboraram ao longo desses anos para a elaboração desta tese. A todas elas presto meu sincero obrigado, pois sem sua presença e apoio este trabalho não se realizaria.

Agradeço, em primeiro lugar, a meu orientador Renato de Oliveira pelos ensinamentos, correções, compreensão e paciência comigo durante esses quatro anos. Sua presença a cada passo dessa caminhada e a confiança transmitida na orientação foram fundamentais na conclusão deste trabalho.

À coordenação e professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por terem ajudado a criar as condições para o desenvolvimento desta tese. Agradeço também aos colegas que contribuíram com seus debates, questionamentos e sugestões, e à Regiane, secretária do PPGS, com quem sempre pude contar durante esses anos.

Ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e à equipe do Projeto Memória Médica pelo apoio financeiro concedido nos primeiros meses de doutorado, fundamental para o prosseguimento do curso.

A Capes pela bolsa de estudos que permitiu minha dedicação ao doutorado.

Meu agradecimento a todos os profissionais da medicina e biologia que dispuseram de parte de seu tempo para responder aos meus questionamentos, cuja participação foi fundamental para a elaboração desta tese.

Agradeço a todos que me indicaram algum informante, textos e dados relativos às células-tronco durante esse período.

Um agradecimento especial aos professores e funcionários do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria pelo apoio e incentivo.

À Neridiana e à Gladis pela amizade, conselhos e apoio durante todos estes anos. Agradeço também aos meus amigos Paula e Christian, Luciana, Francis, Daniel, Felipe e Luciane com quem sempre pude contar em todos os momentos e que sempre mantiveram as portas de suas casas abertas para me hospedar.

À dona Beda e Milena, que colaboraram a seu modo para a realização do curso, meu muito obrigado!

Meu sincero agradecimento a Ildomar, pelo apoio, compreensão e paciência de conviver e compartilhar o espaço comigo durante esse período. Seu incentivo incondicional e carinho constante foram muito importantes para a finalização deste trabalho.

Por fim, um agradecimento muito especial aos meus pais, Geraldo e Irene, por ter se privado de minha companhia muitas vezes, concedendo a mim a oportunidade de concluir mais um sonho. A vocês devo o gosto desenvolvido pelos estudos e as conquistas alcançadas ao longo de minha trajetória acadêmica. Agradeço também à Cleusa, minha irmã, sempre presente e disposta a ouvir minhas queixas, problemas e angústias. A presença e o incentivo de vocês durante todos esses anos foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional, tornando minha vida cada vez mais bela. A vocês dedico esta tese de doutorado!

*“Dans les dernières décennies, l’interrogation sur ce que nous ignorons encore a changé. Il y a quelque temps, quand les biologistes se penchaient sur la vie, ils disaient : ‘Comment est-ce possible?’. Mais aujourd’hui, ils en comprennent les principes généraux et quand ils étudient un processus particulier en détail, ils se demandent plutôt : ‘Parmi toutes les manières possibles de le faire, quel fut le choix de la nature?’.”*  
(Eric Drexler)

## RESUMO

### **Senhores do destino? A trajetória profissional como elemento condicionante à receptividade das novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco em um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul**

A segunda metade do século XX é marcada pela manifestação de uma nova maneira de perceber o corpo humano. A consolidação da biologia celular e molecular permitiu ao ser humano investigar as particularidades microscópicas que formam seu organismo, potencializando a criação de novas práticas terapêuticas. Essas tecnologias de inovação no campo da saúde, contudo, são acompanhadas por questionamentos de ordem ética e moral, visto que a sua prática investigativa abre espaço para a polêmica em torno do estatuto jurídico do embrião humano e das possíveis consequências sociais e naturais decorrentes de sua incorporação ao cotidiano social. Se a ciência e a racionalidade que lhe é própria constituem-se como elementos centrais na organização da sociedade moderna, seus desdobramentos tecnológicos não necessariamente são percebidos e apreendidos da mesma forma pelos membros que compõem uma determinada sociedade, independentemente de esses indivíduos constituírem-se como agentes técnicos ou leigos. A receptividade de uma inovação tecnológica depende tanto de um processo de ajustamento sucessivo de confrontação, negociação e redução de incertezas, quanto das experiências que caracterizam a trajetória de cada agente social, visto ser ela um produto da aproximação de culturas paralelas. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é compreender a relação existente entre a biotecnologia, configurada pelos estudos de manipulação de células-tronco, e as trajetórias sócio-profissionais de um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul. Tomando como base a medicina regenerativa de manipulação de células-tronco, este estudo propõe-se a compreender como essa relação interfere na receptividade desse setor a este tipo de investigação científica, por meio de uma análise das instâncias da vida social na qual se inserem as trajetórias de vida desses profissionais, bem como do modo como elas operam, pela via de valores que as caracterizam nas tomadas de decisões ético-morais em relação às novas tecnologias.

**Palavras-chave:** Profissão médica, trajetórias de vida, novas tecnologias, células-tronco



## ABSTRACT

### **Fate Lords? Professional trajectory as a conditioning factor to the acceptance of new therapeutic technologies for manipulating stem cells in a sector of the medical community in Rio Grande do Sul**

The 20th century is marked by the manifestation of a new way of perceiving the human body. The consolidation of Molecular and Cellular Biology allowed the individual to investigate microscopic particularities of the structures which form the human organism, potentializing the creation of new therapeutic practices. However, these innovating technologies in the field of Health are accompanied by ethical and moral questionings, for their investigative practices favor the polemic around the juridical status of the human embryo and their possible social and natural consequences regarding the incorporation of these technologies in people's routine. Even though science and rationality are central in the organization of modern society, technological advancement has not necessarily been perceived and apprehended in the same way by the members that compose society, either technicians or laymen. The acceptance of a technological innovation depends on both a process of successive adjustment of confrontation, negotiation and understanding and the experiences which characterize the trajectory of each social agent. This technological acceptance results from the approximation of parallel cultures. Thus, the objective of this study is to comprehend the relation between Biotechnology – studies on stem cell manipulation – and socio-professional trajectories in a sector of medical community in Rio Grande do Sul. Based on the regenerative medicine of stem cell manipulation, this study is an attempt to understand how this relation interferes in the acceptance of such sector towards this type of scientific investigation by analyzing instances of social life in which these professionals are inserted as well as the way they operate, their values, their ethical and moral attitude regarding new technologies.

**Palavras-chave:** Medical profession, life trajectories, new technologies, stem cells

**LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS**

Quadro 1 – Características das células somáticas e embrionárias.....	21
Quadro 2 – Pressupostos conceituais.....	29
Quadro 3 – Características do profissional entrevistado.....	111
Quadro 4 – Características da família de origem.....	114
Quadro 5 – Motivos da escolha profissional.....	118
Quadro 6 – Trajetória profissional.....	125
Quadro 7 – Área de atuação profissional.....	140
Quadro 8 – Modalidade de trabalho.....	143
Quadro 9 - Teses científicas relativas ao início da vida humana.....	216
Quadro 10 – Tese defendida pelo informante.....	224
Gráfico 1 – Sexo dos Entrevistados.....	145

## **SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS NESTE TRABALHO**

CNBS - Conselho Nacional de Biossegurança

CTNBio - Comissão Técnica Nacional de Biossegurança

CIBios - Comissões Internas de Biossegurança

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CEPs – Comitês de Ética em Pesquisa

OGM - Organismos geneticamente modificados

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

STF – Supremo Tribunal Federal

CTE – Células-tronco embrionárias

CTA – Células-tronco adultas

FIV – Fertilização *in Vitro*

CT – Células-tronco

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
A natureza técnica do problema de pesquisa: aspectos históricos e definições sobre as células-tronco.....	17
Considerações metodológicas.....	22
Delimitação do campo empírico da pesquisa.....	27

## **PARTE 1 – ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PRÁTICA SOCIOLÓGICA EM RELAÇÃO À PROFISSÃO MÉDICA**

### **Capítulo I**

<b>1. A profissão médica como exemplo paradigmático no campo da sociologia das profissões.....</b>	<b>37</b>
1.1. O conceito de profissão nos estudos clássicos da sociologia.....	39
1.2. Freidson: os diferentes papéis do saber e a centralidade do poder no processo de profissionalização.....	46
1.3. A formação de grupos profissionais na perspectiva de Pierre Bourdieu.....	50

### **Capítulo II**

<b>2. Modelos de reflexão: a moral e a ética.....</b>	<b>55</b>
2.1. A sociologia da moral na teoria de Durkheim.....	56
2.2. A ética em Max Weber.....	61
2.3. O debate contemporâneo sobre ética na perspectiva de Hans Jonas, Habermas e Bourdieu.....	67

### **Capítulo III**

<b>3. A incorporação do discurso científico pela medicina.....</b>	<b>76</b>
3.1. O processo de construção da profissão médica.....	78
3.2. Singularidades da medicina no Brasil.....	83
3.3. A profissionalização da medicina no Rio Grande do Sul.....	86
3.4. <i>Habitus</i> médico e novas tecnologias terapêuticas.....	89

## **PARTE II - BIOTECNOLOGIA E PROFISSÃO MÉDICA: UM ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A RECEPTIVIDADE DE UM SETOR DA COMUNIDADE MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL ÀS NOVAS TECNOLOGIAS TERAPÊUTICAS**

### **Capítulo IV**

<b>4. O campo da pesquisa.....</b>	<b>94</b>
4.1. Procedimentos éticos no desenvolvimento da pesquisa.....	95
4.2. A inserção no campo de pesquisa.....	99
4.2.1. O objeto de investigação: discrepâncias entre a pesquisa sociológica e a pesquisa clínica.....	101
4.3. O <i>corpus</i> da pesquisa.....	106
4.3.1. I Simpósio de Atualização em Terapia Regenerativa: espaço de inserção entre os profissionais da medicina e biologia.....	106
4.3.2. Profissionais da biologia: os entrevistados.....	108
4.3.3. Características profissionais e sociais dos profissionais da medicina.....	110

## **Capítulo V**

<b>5. A construção da trajetória social e profissional.....</b>	<b>113</b>
5.1. A família de origem dos profissionais da medicina.....	113
5.2. Aspectos determinantes na escolha da medicina como profissão.....	117
5.3. A formação acadêmica dos médicos gaúchos.....	125
5.4. Mudanças após a formatura.....	130
5.5. O primeiro emprego.....	133
5.6. O campo de atuação profissional.....	139
5.7. A escolha da especialidade.....	144

## **Capítulo VI**

<b>6. Sobre as transformações no campo da medicina: o discurso e a prática em relação à ciência e a tecnologia.....</b>	<b>148</b>
6.1. O contexto da medicina no período dos estudos universitários e a medicina atual.....	149
6.2. A emissão do discurso sobre a relação entre o profissional da medicina e o usuário dos serviços de saúde.....	157

## **Capítulo VII**

<b>7. A polarização do discurso sobre células-tronco no Brasil....</b>	<b>178</b>
7.1. A Lei de Biossegurança e a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin): ideologia científica x ideologia religiosa.....	178
7.2. A dinâmica do embate em torno do estatuto jurídico do embrião e a percepção dos profissionais da medicina.....	188
7.3. Realidades e fantasias das pesquisas com células-tronco.....	189
7.4. Por uma sociologia da receptividade?.....	193
7.5. Aspectos positivos e negativos da terapia celular: dilemas morais da prática científica.....	201
7.6. Células-tronco adultas e embrionárias: ética da utilidade x ética de princípios.....	204
7.7. A construção histórico-social das noções de pessoa e indivíduo e as concepções dos profissionais da Medicina acerca desses conceitos.....	216

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>232</b>
----------------------------------	------------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>241</b>
--	------------

## **ANEXOS**

## INTRODUÇÃO

Esta tese tem como tema a articulação entre as instâncias da vida social, na qual se inserem as trajetórias sociais e profissionais de um setor da comunidade médica, e a receptividade desse setor às novas tecnologias terapêuticas. As tecnologias terapêuticas às quais se faz referência neste texto dizem respeito às possíveis aplicações terapêuticas projetadas pelo uso de células-tronco no tratamento de enfermidades consideradas atualmente como degenerativas (diabetes, acidente vascular cerebral, mal de Alzheimer, etc.) e na chamada terapia celular ou terapia genética, cujo objetivo é encontrar formas terapêuticas para aquelas doenças e defeitos genéticos resultantes do mau funcionamento ou da interrupção das funções celulares como, por exemplo, o câncer.

O desenvolvimento científico e tecnológico vivenciado ao longo do século XX modificou substancialmente as ciências biológicas e, conseqüentemente, a medicina. Ao contrário da medicina tradicional, ancorada em bases que tinham por princípio a autonomia e a individualidade na relação médico-paciente, os profissionais desta área têm, nas últimas décadas, se deparado com questionamentos ético-morais que exigem decisões que ultrapassam o nível estritamente técnico, visto que a relação complexa entre a técnica e a ética tem se alterado ao longo do tempo. Diante deste aspecto, enquanto na medicina tradicional a ética prevalecia na relação médico-paciente, pois a técnica era limitada, hoje, na medicina baseada em evidências, a técnica predomina. No entanto, paradoxalmente, as exigências éticas são maiores.

Desse modo, se até a um determinado período a medicina estava fundada em uma ética de circunstâncias, atualmente, esse tipo de eticidade cede lugar a uma ética global; nesse sentido, o compromisso da medicina deixa de ser estritamente o paciente individual e passa a ser a humanidade<sup>1</sup>, já que as inovações tecnológicas interferem em todas as instâncias da vida social e natural (Jonas, 1990).

---

<sup>1</sup> A relação entre um agir ético, ou bioético, e o senso de humanidade é intrínseca, pois “... pensar bioética é pensar de forma solidária, é assumir uma postura íntegra frente ao outro e, conseqüentemente, frente à sociedade e à natureza”. Nesse sentido, “... a Bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver” (GOLDIM, 2006: 91).

A associação entre a terapia e a pesquisa biomédica caracteriza, portanto, no momento presente, as bases da profissão médica, pois os objetivos da pesquisa lembram os objetivos declarados pela terapêutica. Assim sendo, as novas tecnologias reprodutivas, os transplantes de órgãos, os estudos com células-tronco<sup>2</sup>, as pesquisas no setor de nanotecnologia, dentre outros, são acompanhados pela polêmica referente ao desenvolvimento da pesquisa biológica e o seu impacto sobre a consciência moral da sociedade. Diante dessa realidade, surge um novo campo de reflexão ética<sup>3</sup>, que vai problematizar o caráter terapêutico da intervenção médica, uma vez que os problemas morais<sup>4</sup> apresentados não podem ser explicados funcionalmente através de novas práticas.

O conflito ético estabelecido através da aplicação dessas tecnologias está relacionado às decisões de como se conduzir no meio social, construído pelas práticas médicas, onde o uso do aparato técnico-científico impõe ao médico um confronto com situações nas quais ele é percebido como um agente ético, cujas decisões não mais dizem respeito às questões singulares do seu paciente, mas à

---

<sup>2</sup> Os organismos vivos são formados por unidades fisiológicas denominadas células, as quais correspondem à menor porção da matéria viva responsável pelo desempenho das atividades necessárias à vida desses organismos. Desse modo, uma célula compreende três partes para existir como tal: membrana plasmática, citoplasma e núcleo. Em relação à célula-tronco, esta é uma célula “... não especializada, capaz de reproduzir-se por tempo indeterminado e em grande quantidade, sem diferenciar-se. As células-tronco são capazes de dar origem a células de diversos tecidos do corpo (músculo, cérebro, sangue, etc.) e, portanto, renovar os órgãos e tecidos danificados” (BARTH, 2006: 272), sendo denominadas pela língua portuguesa como célula-troncos, células primordiais ou células-mãe.

<sup>3</sup> Em 1970, o americano Van Rensselaer Potter usou o termo *bioética* para definir esse novo campo de reflexão ética que emerge a partir da inserção de novas terapêuticas biomédicas no tratamento de determinadas enfermidades. Em sua perspectiva, a *bioética* não se reduziria a uma ética da biologia (não estando por isso relacionada somente aos procedimentos científicos aplicados) e nem a uma ética médica. Segundo esse autor, esse conceito abrangeria todos os problemas éticos postos pelos seres vivos, humanos e não humanos; nesse sentido, o objetivo seria a construção de uma ética da biosfera que englobaria tanto a ecologia quanto a medicina (Taguieff, 1995). Embora, tradicionalmente, a autoria do conceito de bioética seja remetida à Potter, a origem do termo remete à década de vinte, período em que Fritz Jahar o utilizou pela primeira vez. Esse autor, em 1927, “... caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos (...) [propondo] um ‘imperativo bioético’: respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal” (GOLDIM, 2006: 86), antecipando, assim, o surgimento do enunciado em quarenta e sete anos.

<sup>4</sup> Os avanços na área da Biologia, da Genética, da Biotecnologia, da Nanotecnologia e da Medicina nos últimos anos foram enormes, possibilitando que novos produtos e novas técnicas fossem anunciadas. Contudo, esses novos procedimentos trouxeram, paralelamente, preocupações com relação às questões éticas e ambientais diante da possibilidade de que essas técnicas tragam resultados não desejáveis. Assim, a discussão sobre a noção de pessoa, vida humana e direitos humanos emerge como elemento fundamental no debate público sobre o novo aparato técnico-científico na área da saúde (Barth, 2006; Ladière, 2001).

sociedade como um todo. Assim, a sua responsabilidade profissional não se restringe mais ao paciente individual; ao contrário, ela traz subjacente a noção de responsabilidade social<sup>5</sup>.

Embora todo esse desenvolvimento científico e tecnológico tenha incidido de forma significativa na medicina contemporânea, alterando expressivamente a prática médica, é preciso atentar tanto para as peculiaridades que marcaram a consolidação da profissão nas diferentes regiões quanto para o modo como essa profissão interagiu com os demais campos da sociedade. A atenção destinada a essas singularidades é imprescindível para entender o processo de interação estabelecido em um determinado contexto entre as inovações tecnológicas, a prática médica e o campo político e social e a sua incidência sobre as decisões ético-morais dos profissionais da medicina acerca da incorporação de novos produtos tecnológicos.

Observando o processo de desenvolvimento histórico e social da profissão associada à medicina no contexto brasileiro, percebe-se que a consolidação da comunidade médica como categoria profissional deu-se ao longo de três momentos. Durante o Estado Novo, verifica-se a constituição de uma identidade médica, cujos resultados podem ser percebidos através da emergência de uma consciência corporativa, com a constituição de suas principais entidades de representação sindical. Em um segundo momento, nota-se um período de crise dessa identidade, que acompanha a crise do Estado Novo, culminada na redemocratização de 1945, e que resulta na hegemonia das correntes mais identificadas com o liberalismo no meio profissional<sup>6</sup>. Por fim, esse movimento médico depara-se com a crise dessa doutrina liberal que, num paradoxo típico da cultura política brasileira, havia encontrado seu principal sustentáculo na Ditadura Militar. O movimento médico, então, reflui para os sindicatos, agora vistos como entidades enlaçadas com a sociedade civil, atuantes em busca de formas democráticas de organização (Oliveira, 1994).

---

<sup>5</sup> A relação entre ética médica e a noção de responsabilidade social é discutida por Renato de Oliveira em *Éthique et médecine au Brésil – Etude sur les rapports entre le débat sur l'éthique médicale et la participation politique des médecins brésiliens*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion, 1994. V. 1. (Tese de Doutorado).

<sup>6</sup> Neste momento, observam-se consequências tanto do ponto de vista da forma como as principais lideranças médicas brasileiras compreenderam a natureza da sua profissão quanto no sentido de um deslocamento do eixo organizativo da profissão, que passa dos sindicatos para as associações médicas, identificadas com um ideário liberal formalmente anticorporativo.



No que tange ao Rio Grande do Sul<sup>7</sup>, percebe-se que o estado acompanhou de longe esses três períodos, na medida em que aqui a polêmica entre positivismo<sup>8</sup> e anti-positivismo foi determinante na construção da profissão, gerando uma identidade profissional fortemente vinculada aos valores internos da profissão médica, entre os quais se encontra o papel entendido como intrinsecamente positivo da evolução da tecnologia biomédica na atividade clínica, centro “ideológico” da atividade profissional. A questão proposta neste estudo é saber se essa mentalidade traduz-se ou não em atitudes abertas às inovações tecnológicas mais recentes como, por exemplo, as tecnologias de manipulação das células-tronco.

### **A natureza técnica do problema de pesquisa: aspectos históricos e definições sobre as células-tronco**

O século XX é marcado pela manifestação de uma nova maneira de perceber o corpo humano. A consolidação da Biologia Molecular permitiu a investigação e teorização sobre as particularidades microscópicas das estruturas que formam o organismo humano, potencializando a criação de novas práticas terapêuticas.

A publicação de um artigo de autoria dos biólogos James Watson e Francis Crick, na revista *Nature*, em 1953, sobre a descoberta da estrutura da

---

<sup>7</sup> Analisando as características políticas, históricas e sociais que marcaram o período de consolidação da profissão médica no estado, percebe-se que, ao mesmo tempo em que o Rio Grande do Sul tornou-se palco do surgimento da terceira escola médica brasileira, isto é, justamente no período de consolidação da profissão médica na sociedade gaúcha, o estado viveu um governo radicalmente positivista. A aplicação rigorosa dos princípios positivistas à gestão do estado e na sua relação com a sociedade fez com que, diferentemente das experiências de outros estados brasileiros no mesmo período, os médicos não só deixassem de gozar de qualquer apoio público em suas atividades, como eram igualados, em termos de direitos, à multidão de curandeiros que, mesmo sob condições de controle público do exercício da profissão médica, abundavam nos outros estados, tanto mais no Rio Grande do Sul. Dessa experiência que durou exatos 40 anos, certamente se originaram elementos importantes que ainda marcam a profissão médica no Rio Grande do Sul. Dentre eles, pode-se citar o peculiar sentido de autonomia do qual estão imbuídos os médicos gaúchos, que se traduz num intenso sentimento corporativo, normalmente associado à ação de suas associações de classe, assim como na pouca importância dada à saúde pública no contexto da maioria das faculdades e cursos de medicina do estado.

<sup>8</sup> Essa questão foi objeto de reflexão do Projeto Memória Médica do RS, realizado entre os anos de 2004 e 2006. Desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Sindicato Médico do Estado (Simers), sob coordenação do professor Dr<sup>o</sup>. Renato de Oliveira, o respectivo estudo teve por objetivo identificar, catalogar e sistematizar as fontes documentais sobre a história da medicina no RS, tanto no que respeita à organização do exercício profissional, como à evolução técnico-científica da profissão e à participação de médicos em atividades que transcendem o exercício estrito da medicina. A reunião de dados e informações sobre a temática ao longo daquele período permitiu a organização do Acervo Histórico Simers, atual Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

molécula do DNA, revolucionou os estudos científicos na época, permitindo, por consequência, a eclosão de pesquisas que, década após década, foram reunindo informações e descobertas que redirecionaram a percepção da sociedade ocidental acerca da constituição do corpo humano e das possibilidades de tratamento para enfermidades crônicas (JOSÉ, 2005).

Esses achados e novos desenvolvimentos atraíram desde o seu início a atenção da sociedade para os resultados obtidos, pelas seguintes razões: pela panaceia que representariam, cujo argumento central seria a garantia de cura de diversas doenças, e pelas implicações jurídicas e ético-morais que levantariam devido à sua utilização.

É nesse contexto que se situam as discussões em torno das pesquisas sobre células-tronco (*stem cells*), caracterizadas por sua capacidade de multiplicação e pelo seu poder de diferenciação. A divulgação da clonagem da ovelha Dolly no ano de 1997, na Inglaterra, tornou plausível o fato de que “... a informação genética presente em uma célula adulta, somática, diferenciada, servisse para orientar o desenvolvimento de um novo embrião, reconstruído a partir da fusão entre o núcleo daquela célula adulta e um óvulo enucleado” (JOSÉ, 2005: 22). No ano seguinte, são divulgados os resultados dos primeiros experimentos que conseguiram produzir células embrionárias pluripotentes do organismo humano. Desse modo, apesar de os primeiros estudos sobre células-tronco terem sido realizados na década de sessenta, aprofundando-se na década seguinte a partir da investigação em teratomas<sup>9</sup> formados em animais, é no ano de 1998 que são publicados os resultados relacionados ao isolamento e cultivo de linhas de células-tronco procedentes de embriões humanos, em laboratório.

O desenvolvimento da tecnologia de clonagem e os estudos sobre células-tronco humanas permitiram aos pesquisadores pensar a sua respectiva combinação, fazendo emergir um novo conceito no campo científico: a clonagem terapêutica, termo utilizado para processos científicos que buscam aplicar a técnica da clonagem sem a intenção de reproduzir um indivíduo, mas com o objetivo de produzir órgãos

---

<sup>9</sup> Teratoma ou teracarcinoma corresponde a “... um tipo de tumor de células germinais [célula sexual responsável pela reprodução, que pode se desenvolver em óvulo ou espermatozoide], derivado de células pluripotentes e constituído de elementos de diferentes tipos de tecido de uma ou mais das três linhas de células primordiais; mais frequentemente encontrado no ovário ou testículo em adultos e na região sacrococcígea em crianças. Os teratomas variam de benignos a malignos” (BARTH, 2006: 285).

e/ou tecidos para investigação e desenvolvimento de novas terapias. Esse novo enunciado veio acompanhado de uma série de expectativas sociais e investigativas, pois abriu a possibilidade de pensar na criação de novas técnicas que pudessem reconstruir ou reparar tecidos lesionados por doenças degenerativas ou por meio de acidentes através da utilização de novas células que possuíssem as mesmas características daquelas do tecido danificado e a mesma identidade genética do doente.

Após décadas de pesquisa, a ciência reuniu novas informações em torno das células-tronco, separando-as em diferentes tipos. Os cientistas chegam a uma definição sobre o significado e as características destas, as quais passam a ser definidas como “... células que têm a capacidade de se autorrenovar (*self renewing*) e de se dividir (*self replicate*) indefinidamente, in vivo, dando origem a células especializadas. São células que se mantêm indiferenciadas, não-especializadas, ao contrário das demais células que assumem uma função específica” (BARTH, 2006: 26-7). Embora sejam utilizadas diversas denominações<sup>10</sup> para caracterizar e identificar a sua origem e o seu potencial de diferenciação, estas podem ser classificadas em dois grupos: células-tronco germinais (células-tronco embrionárias) e células-tronco somáticas (células-tronco adultas). Essa disposição tem por objetivo traçar suas diferenças biológicas, o processo metodológico pelo qual elas foram obtidas e mantidas, o seu potencial de aplicação terapêutica, além das implicações éticas e legais pertinentes à sua manipulação.

As células-tronco embrionárias são retiradas do embrião no seu estágio de formação inicial, podendo ser de dois tipos: totipotentes e pluripotentes. As células totipotentes são aquelas que têm a capacidade de gerar um novo embrião, “... com todo o material necessário para o seu desenvolvimento, inclusive a placenta e os demais tecidos que são necessários para o normal desenvolvimento do feto” (BARTH, 2006: 30), ou seja, são células (blastômeros) que são encontradas a partir da fase da fecundação do óvulo pelo espermatozoide até a fase da mórula (terceiro dia de desenvolvimento), estágio no qual já aconteceu a síntese do DNA e o embrião passa a ter a capacidade de controlar o seu próprio desenvolvimento.

---

<sup>10</sup> Segundo Lluís Montoliu José, nos eventos científicos, na mídia e nos debates sociais, médicos e políticos, as referências realizadas em relação às células-tronco têm utilizado uma série de denominações, tais como “... células-mãe, células-mãe embrionárias, células pluripotentes, células-mãe adultas, células ES, células-mãe de cordão umbilical, células-mãe germinais, células-mãe somáticas, células-tronco embrionárias, etc” (JOSÉ, 2005: 23-4).

Nesse estágio, na sua primeira fase de desenvolvimento, as características das células do embrião estão indiferenciadas, podendo originar um indivíduo completo.

Já as células-tronco embrionárias pluripotentes são aquelas células cujo potencial é formar qualquer tipo de tecido. Retiradas a partir do quinto dia de desenvolvimento do nó embrionário de blastocistos, são células que têm a capacidade de gerar qualquer um dos tipos de células que compõem o organismo humano adulto. Uma vez que essas células provêm da massa,

“... celular interna dos blastocistos ou das células germinais (...) já estão orientadas a desenvolver-se no embrião, sendo por isso chamadas de pluripotentes porque (...) elas podem formar todos os tipos de células que formam o organismo (as células das três linhas primordiais), ou seja, elas são capazes de formar um organismo inteiro, mas, por não darem origem às células que formarão o trofoblasto<sup>11</sup>, estas células não conseguirão dar origem a um embrião viável” (BARTH, 2006: 30-1).

Essas células podem se diferenciar em células-tronco multipotentes, podendo, assim, desenvolver células de várias linhas celulares, ou seja, elas podem recolonizar todos os tipos de órgãos e tecidos do organismo. São células cujo potencial é dar origem a todas as células de um tecido ou órgão especializado, sem originar, concomitantemente, nenhuma célula de outro tecido. Dessa maneira, as células multipotentes do sangue são capazes de originar a célula de glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas; as células multipotentes da epiderme dão origem a vários tipos de célula da pele, e assim por diante. São células que, devido às suas especificidades e características, podem evoluir para diferentes tipos de células.

Assim, a diferença crucial entre as células pluripotentes e as células totipotentes é que, enquanto as primeiras são retiradas de embriões, mas não são necessariamente embriões, as segundas possuem o estatuto de embrião, podendo, dessa maneira, originar um novo organismo vivo completo.

Mesmo que as células-tronco pluripotentes sejam por si embrionárias, elas também estão presentes em tecidos já desenvolvidos, podendo ser encontradas em qualquer espécie animal, independentemente da sua idade. Portanto, as células-

---

<sup>11</sup> O trofoblasto, também conhecido como trofoderma é o “... conjunto de células que formam a camada externa do blastocisto [estágio em que o embrião se implanta no útero] no estágio de desenvolvimento embrional. Estas células formam a placenta e os demais tecidos que darão suporte ao embrião. Sua função é implantar o blastocisto na cavidade uterina e prover nutrientes para o embrião” (BARTH, 2006: 285-86).

tronco adultas são aqueles tipos de células presentes em organismos já formados, ou seja, são todas as células que formam um indivíduo, exceto aquelas de linhagem embrionária. Ela é definida como um tipo celular não diferenciado, podendo ser encontrada em tecidos especializados do organismo vivo. Sua capacidade é criar células diferenciadas do tecido do qual é proveniente, tal como o sangue, por exemplo.

Logo, elas podem ser isoladas a partir dos tecidos do próprio paciente, combatendo o problema da eliminação dos embriões e o problema da rejeição em casos de transplante, visto que o material é retirado do próprio indivíduo que receberia a respectiva terapia. Em outras palavras, as células somáticas ou adultas são, na sua origem, multipotentes, podendo manifestar, em determinadas situações, características de pluripotência, como é o caso das células-tronco neurais e da medula óssea<sup>12</sup>.

O quadro abaixo indica algumas das propriedades encontradas a partir dos estudos efetuados sobre os dois tipos de linhagem celular:

<b>Células Somáticas</b>	<b>Células Germinais</b>
Diferenciadas (especializadas)	Indiferenciadas (não especializadas)
Baixa ou nenhuma proliferação	Alta proliferação
Autoperpetuação?	Autoperpetuação
Mortais	Imortais
Capacidade de diferenciação limitada?	Capacidade de diferenciação em todos os tipos celulares

Fonte: José (2005: 25).

Com base nessas particularidades, é possível compreender as disputas travadas quanto à utilização e eficácia de cada uma dessas células, debate que se tem estabelecido de forma acirrada no Brasil, especialmente.

O desenvolvimento de projetos de terapia celular tem suscitado uma grande expectativa na sociedade, em razão das possibilidades terapêuticas que os estudos com células-tronco têm apontado para o tratamento de determinadas enfermidades, dentre as quais se destacam a possibilidade de produção de novos

<sup>12</sup> Com base em investigações realizadas, “... pesquisadores tentaram comprovar que célula-tronco adultas hematopoiéticas (da medula óssea) e neurais não seriam apenas multipotentes (geram tipos celulares de tecido onde estão situadas) como outros tipos de células adultas, mas também pluripotentes (geram células de outros órgãos e tecidos). A origem embriológica não limita o potencial das células tronco neurais e da medula óssea, estas podem se diferenciar em qualquer tipo de célula desde que cultivadas em condições adequadas” (LUNA, 2006: 04).

medicamentos para o combate de doenças como as degenerativas, os avanços nos estudos sobre a terapia celular e a terapia genética, além da possibilidade de compreender de maneira mais aprofundada os complexos eventos característicos do desenvolvimento do organismo humano, especialmente aqueles relacionados às fases iniciais nas quais são comuns as diversas multiplicações celulares.

O desenvolvimento desses estudos e tecnologias não pode, porém, ser pensado como um campo isolado das demais instâncias da sociedade. Aprender os significados dessas novas terapêuticas e investigações sobre o organismo humano requer um entendimento da maneira como a profissão médica as percebe em um contexto específico; é preciso, portanto, levar em consideração o conjunto de valores e representações sociais que acompanham estes profissionais.

### **Considerações metodológicas**

As particularidades do objeto de pesquisa em Ciências Sociais exigem do pesquisador uma constante vigilância epistemológica, devido ao fato de seu objeto de estudo estar muito próximo, quando não entrelaçado, ao sujeito pesquisador. Nesse sentido, é preciso que essa vigilância epistemológica acompanhe todo o processo de produção do conhecimento, na tentativa de encontrar mecanismos que possam superar os erros e enviesamentos em uma pesquisa sociológica (Bourdieu *et alli*, 1994).

Contudo, ao contrário de outras áreas de saber, o erro ou a tentativa de neutralidade e objetividade não são percebidos como negativos, mas como elementos que acompanham a investigação sociológica ao longo de todo o seu desenvolvimento. Cabe ao pesquisador refletir e ter consciência de como as condições sociais nas quais ele está inserido influenciam a produção e a realização dos estudos nas Ciências Sociais.

Esse procedimento metodológico é fundamental para compreender o contexto social investigado, pois é a partir da própria supervisão do sociólogo em relação ao seu trabalho que se torna possível o entendimento do conhecimento produzido. Assim, conforme explicam Bauer e Gaskell (2002), é preciso que o cientista social atente tanto para o campo de observação sistemática, observando cuidadosamente tudo aquilo que está acontecendo em um determinado contexto, quanto para a necessidade de distanciamento do envolvimento pessoal em relação

ao objeto de estudo, por meio do compromisso de avaliar as observações de alguém de maneira metódica e pública.

Em relação a esta pesquisa, é necessário destacar o caráter interdisciplinar de seu objeto de estudo, uma vez que este é comum a outras áreas de conhecimento como, por exemplo, à Medicina, à Antropologia, à Filosofia, e à Biologia.

Buscar compreender a lógica existente entre a trajetória social e profissional de agentes que se situam no campo médico e a receptividade desses profissionais aos estudos com células-tronco demanda uma análise da suas orientações valorativas e ideológicas.

No aspecto geral, este trabalho consiste em identificar como as diferentes trajetórias sociais e profissionais influenciam na formação do *habitus* médico e, conseqüentemente, como essas trajetórias distintas operam nas decisões ético-morais desses profissionais em relação às novas tecnologias, especialmente à medicina regenerativa<sup>13</sup>.

Dessa maneira, tomando-se como base o enfoque da Sociologia da Ética e da Sociologia das Profissões, pretende-se dar visibilidade às vivências cotidianas de médicos no mundo do trabalho, assim como identificar os entrecruzamentos com as demais instâncias da vida social, analisando de que forma esses campos influenciam na receptividade das novas tecnologias terapêuticas. Através da análise das suas formas concretas de existência e representação pretende-se, então, estudar as suas práticas, as relações de trabalho e as representações simbólicas em relação à temática acima mencionada.

Os avanços observados na área científica e tecnológica ao longo das últimas décadas trouxeram mudanças substanciais em diversos setores, como a microeletrônica, a informática, a química fina, a robótica e a saúde. Tal desenvolvimento, aliado a outras esferas da realidade social, influencia as relações sociais vigentes, assim como as possibilidades terapêuticas. Nesse sentido, é relevante investigar de que forma essa questão se manifesta, de modo concreto,

---

<sup>13</sup> A medicina regenerativa consiste no estudo das capacidades terapêuticas apresentadas pelas células pluripotentes, caracterizadas pela capacidade funcional de uma célula de dar origem às células de várias linhas celulares ou tecidos diferentes, e totipotentes, que consistem em células capazes de dar origem a um indivíduo completo, ou seja, estas células têm as mesmas características das células de um embrião na sua primeira fase de desenvolvimento, quando ainda estão indiferenciadas e têm a capacidade de formar um novo indivíduo completo (Barth, 2006).

numa comunidade profissional específica. A escolha da Medicina como objeto de pesquisa é explicada pelo fato de ela ser uma área de conhecimento paradigmática para o estudo das profissões, visto que representa o exemplo mais significativo e o grau mais elevado de organização corporativa dos interesses de uma comunidade profissional. Como explica Freidson<sup>14</sup>, a Medicina, além do prestígio, da expertise e da autoridade que tem perante o meio social, possui uma posição “... *análoga a la de las religiones del Estado ayer: tiene um monopolio aprobado oficialmente sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad. Más aún, como lo refleja su gran prestigio, es sumamente estimada por la opinión pública*” (FREIDSON, 1978: 23).

A profissão médica também foi escolhida devido às modificações que o desenvolvimento técnico e científico promoveu no perfil do atendimento médico, ou seja, de um lado, o conhecimento médico tornou-se cada vez mais especializado, o que exigiu a sua interação com diferentes profissionais da saúde e de outros campos profissionais, e, por outro, a inserção do desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças permitiu a introdução de um vasto arsenal técnico, que tornou os diagnósticos mais precisos. Esse processo de transformação nos campos da ciência e da tecnologia modificou lentamente a Medicina.

Outro fator determinante na escolha da Medicina como objeto de investigação são as peculiaridades que marcaram a sua constituição como categoria profissional. Se até determinada época o espaço de cuidar os doentes era controlado, predominantemente, por religiosos ou pessoas leigas, sem instrução formal, surge, a partir das últimas décadas do século XIX, a figura do médico como autoridade legal nas instituições médico-hospitalares. Esses elementos, aliados a aspectos de ordem subjacente<sup>15</sup>, ordenam a construção do *habitus*<sup>16</sup> médico. Desse

---

<sup>14</sup> Além de Freidson (1978, 1998), outros cientistas sociais têm desenvolvido uma série de estudos na área de Sociologia das Profissões tomando como objeto de pesquisa a medicina. No cenário internacional destacam-se os estudos clássicos de Becker (1961), Parsons (1951), Abott (1988), etc.; na literatura nacional, emergem as pesquisas realizadas por Oliveira (1994), Barbosa (1993), Bonelli (1999, 2002).

<sup>15</sup> De acordo com a literatura sociológica consultada a construção do *habitus* médico é condicionada por diferentes fatores, podendo-se citar as experiências vivenciadas ao longo do ensino acadêmico, tanto em sala de aula quanto nas aulas práticas, as relações que são estabelecidas com os demais colegas, independente de estes pertencerem à mesma especialidade ou de fazerem parte da moderna equipe de assistência à saúde, além das relações instituídas entre o profissional da medicina, detentor do conhecimento técnico e de uma conduta ético-profissional, e o paciente, demandante das possibilidades de tratamento oferecidas pela medicina (Moura, 2004; Kauffman, 2003; Steren, 2002; Rego, 1995).

<sup>16</sup> O conceito de *habitus* é um recurso conceitual para pensar a prática social dos agentes, auxiliando-os a construir o campo, no qual estão situados, como um mundo significativo. Neste sentido, o



modo, é lícito supor que as novas técnicas médicas e a legalização de suas práticas não são suficientes para conquistar ou impor adesões em relação aos profissionais da Medicina, uma vez que estes possuem trajetórias sociais e profissionais distintas.

Diante desse contexto, no qual o desenvolvimento científico desencadeou outras possibilidades de cura, a partir dos estudos genéticos e moleculares desenvolvidos pela biotecnologia<sup>17</sup>, vislumbrou-se uma reconfiguração no fazer Medicina. Até então, os médicos apoiavam-se essencialmente na cirurgia<sup>18</sup> e nos

---

*habitus* profissional e/ou social é construído a partir das estruturas sociais, dentro de uma história, de um campo específico. Ele remete à ideia de incorporação, internalização das práticas sociais, conferindo a essas práticas a características de naturalidade, ou seja, “... o *habitus*, (...) é um conhecimento adquirido e também um *haver*, um *capital* (de um sujeito transcendental na tradição idealista); o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural -, mas sim o de um agente em ação (BOURDIEU, 2005: 61). A noção de *habitus*, portanto, “... não somente se aplica à interiorização das normas e dos valores, mas inclui os sistemas de classificações que pré-existem (logicamente) às representações sociais (...). O *habitus* se apresenta, pois, como social e individual: refere-se a um grupo ou a uma classe, mas também ao elemento individual; o processo de interiorização implica sempre internalização da objetividade” (ORTIZ, 1983: 16-7).

<sup>17</sup> O termo biotecnologia pode ser definido “... como uma técnica de utilização de organismos na obtenção de produtos e processos, voltados à aplicação prática na alimentação, na saúde, no meio ambiente e na produção econômica. Nesse sentido, ela é conhecida e praticada há muitos anos, em atividades que aproveitam a diversidade genética e metabólica dos micro-organismos, seja na produção de antibióticos ou bebidas alcoólicas, no processo de alimentos, na fertilização de solos e na purificação de várias formas de resíduos, dentre outros. Em termos bem abrangentes, a nova biotecnologia situa-se no âmbito do que se está chamando, genericamente, novas tecnologias, as quais incluem, também, a microeletrônica, informática, química fina, novos materiais e robótica. Essas tecnologias referem-se aos novos conhecimentos, técnicas, produtos e processos, com grande potencial para impor profundas transformações em diversos campos de atividades humanas. Elas têm a característica de intensificar, profundamente, o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, abrindo novas possibilidades para o desenvolvimento da ciência e da ‘*Sciense based Technology*’. É importante distinguir a dimensão científica da tecnológica, na nova biotecnologia. Cada uma dessas dimensões possui suas especificidades técnicas e socioeconômicas. No que tange à dimensão científica, a nova biotecnologia consiste em um conjunto articulado de programas de pesquisa de base, envolvendo, por exemplo, a Biologia Molecular, a Bioquímica, a Microbiologia e a Genética, sendo desenvolvidos, fundamentalmente, nas universidades e instituições acadêmicas. O lado tecnológico, por sua vez, é de grande complexidade, tanto do ponto de vista da produção quanto dos setores atingidos. Nesse sentido, há, por exemplo, o problema do *scale up*, que é a dificuldade de produzir e aplicar em larga escala conhecimentos gerados pela ciência, nos laboratórios; isto é, os obstáculos para transformar resultados das pesquisas básicas (...) em formas tecnológicas, a serem produzidas industrialmente para a comercialização” (TRIGUEIRO, 2005: 89).

<sup>18</sup> Para Drexler (2005), os procedimentos cirúrgicos modernos, e suas suturas, são simplesmente muito grosseiros para reparar os capilares, as células e as moléculas. Portanto, anteriormente “... *les chirurgiens voient les problèmes et programment leurs actions mais ils manient des outils grossiers; les molécules de médicaments agissent sur les tissus à l'échelle moléculaire mais elles sont trop simples pour sentir, planifier et agir. En revanche, les machines moléculaires pilotées par des nano-ordinateurs offriront aux médecins une autre possibilité. Elles comporteront des capteurs, des programmes et des outils moléculaires pour former des systèmes capables d'examiner et de réparer les composants ultimes des cellules. Elles introduiront le contrôle chirurgical dans le domaine moléculaire*” (DREXLER, 2005: 115). Tradução livre: Portanto, anteriormente “... os cirurgiões viam os problemas e programavam suas ações utilizando ferramentas grosseiras; as moléculas dos medicamentos agiam sobre os tecidos de acordo com a escala molecular; no entanto, essas escalas são muito simples para sentir, planejar e agir. Por outro lado, as máquinas moleculares dirigidas pelas nanotecnologias oferecerão aos profissionais da medicina uma outra possibilidade. Elas comportarão

medicamentos para curar, fazendo com que determinadas enfermidades ficassem à margem desse processo, devido às suas especificidades, as quais impossibilitavam o processo de cura nos tecidos. As terapias desenvolvidas pelas biotecnologias e nanotecnologias agem, ao contrário da cirurgia tradicional, sobre as pequenas estruturas das células, reconfigurando a ação do médico na aplicação dos medicamentos.

Diante das possibilidades abertas pela ciência, as pressões médicas, econômicas e de portadores de doenças degenerativas estimularam os avanços na Medicina, encorajando o trabalho e as pesquisas voltadas para a engenharia genética e molecular.

Assim, nas últimas décadas, a interrogação sobre o que ignoramos tem mudado. Há algum tempo, os biólogos, quando perguntavam sobre a vida, partiam da seguinte questão: como ela é possível? Hoje, no entanto, eles dominam os princípios gerais da vida e quando estudam os processos particulares detalhadamente eles perguntam: *“parmi toutes les manières possibles de le faire, quel fut le choix de la nature?”*<sup>19</sup> (DREXLER, 2005:117).

Focalizar exclusivamente as mudanças científicas e tecnológicas no campo da medicina não é suficiente para um adequado entendimento da realidade social, pois a análise corre o risco de permanecer presa aos mecanismos de descrição. É necessário identificar também os aspectos singulares de cada trajetória social e profissional para compreender a forma como se articulam as escolhas dos profissionais da Medicina em relação às novas tecnologias. Desse modo, mais do que guiar o estudo para o entendimento da forma como as novas tecnologias terapêuticas são recebidas pela comunidade médica, pretende-se identificar quais são as instâncias da vida social na qual se inserem as trajetórias sociais e profissionais de um setor de médicos gaúchos e como elas operam (pela via dos valores que eles caracterizam) nas tomadas de decisão ético-morais das suas ações em relação às novas tecnologias que envolvem a Medicina regenerativa de manipulação das células-tronco.

---

*captadores, programas e ferramentas moleculares para formar sistemas capazes de examinar e de reparar as últimas produções celulares. Elas introduzirão o controle cirúrgico no domínio molecular”.*

<sup>19</sup> Tradução livre: “... entre todas as maneiras possíveis de fazer, qual foi a alternativa da natureza?” (DREXLER, 2005: 117).

A proposta deste trabalho justifica-se, dessa forma, tanto pela escassez de trabalhos sociológicos na área temática da qual ele se ocupa quanto pela perspectiva de análise adotada, que busca enfatizar a importância de modelos de racionalidade prática que interagem com a racionalidade técnica da pesquisa médica<sup>20</sup>.

### **Delimitação do campo empírico da pesquisa**

Tendo em vista a problemática deste estudo, as evidências foram buscadas no mundo empírico a partir da construção de um *corpus*<sup>21</sup>. A ideia de *corpus*, segundo Bauer e Aarts (2002), embora seja equivalente à de amostragem representativa, distingue-se desta devido à maneira pela qual sua estrutura é concebida. Em outras palavras, enquanto a amostra aleatória e representativa, típica do método quantitativo, apresenta caracteres já conhecidos no meio social, pois seus instrumentos de coleta de dados buscam entender aspectos gerais presentes na sociedade, a noção de *corpus*, característica da pesquisa qualitativa, propõe-se a compreender caracteres até então desconhecidos, quer dizer, sua atenção está voltada para perceber os sentidos, signos e representações presentes em um determinado grupo social.

Definido por Bauer e Aarts (2002) como “... *um princípio alternativo*” de coleta de dados, o conceito de *corpus* pode ser distinguido em duas categorias: 1) *corpus* geral, utilizado em pesquisas mais amplas como aquelas realizadas em arquivos históricos e bibliotecas nacionais, podendo ser utilizado pela análise de conteúdo; 2) *corpus* tópico, empregado em pesquisas que façam uso de entrevistas e textos, por exemplo. Embora ressaltem que os pesquisadores qualitativos enfrentem o problema do “*corpus teórico*”, em razão da grande variedade de comportamentos, visões e opiniões presentes na esfera social, os autores apresentam um modelo a ser seguido durante a coleta de dados, sendo que este se apresenta por etapas; em outras palavras, é necessário que o investigador, num

---

<sup>20</sup> Para Menéndez (2003), as características da Medicina enquanto processo e instituição social não se referem apenas às mudanças técnicas e científicas, mas também às transformações em suas formas dominantes de organização e intervenção no campo técnico, econômico, social e profissional.

<sup>21</sup> O respectivo conceito remete à ideia de linguagem falada e escrita de um determinado grupo social.

primeiro momento, selecione um *corpus* de dados, analise a diversidade desses dados e volte a selecioná-los novamente.

É necessário ter presente, porém, que um tema abordado precisa ter relevância teórica e ser devidamente especificado, isto é, o objeto deve ser definido e delimitado. Outro ponto importante na pesquisa qualitativa é a homogeneidade dos dados: embora seja possível empregar várias técnicas e instrumentos para coletar os dados, é preciso analisá-los separadamente; quer dizer, as entrevistas devem ser comparadas com as entrevistas, as imagens com as imagens, os textos com os textos e assim sucessivamente. Por último, deve-se levar em conta a sincronicidade do *corpus*, já que este está situado em um determinado período histórico sofrendo, conseqüentemente, mudanças ao longo do tempo.

Minayo (1993) também utiliza o conceito de *corpus* para estabelecer o número de sujeitos a serem investigados ou abordados em uma determinada pesquisa. Para ela, após a discussão teórica sobre o tema do estudo, também denominado *"leitura flutuante"*, passa-se para a constituição ou formação de um *corpus* ou de vários deles, caso o conjunto de informações seja heterogêneo.

É preciso, contudo, observar atentamente, conforme explicam Ghiglione e Matalon (1997), para o fato de que um número excessivo de entrevistas, em pesquisas qualitativas, não traz melhoramentos na qualidade do estudo. O importante, nessa forma de abordagem, é a variedade de indivíduos inquiridos e não o número de entrevistas realizadas, a fim de evitar que nenhuma questão importante para o tema investigado possa ter sido omitida com a seleção de pessoas que foi realizada. Dessa maneira, *"... tentar constituir uma amostra 'representativa' da população estudada não tem qualquer sentido, visto que, de qualquer modo, não se farão inferências globais e o número de pessoas inquiridas será reduzido"* (GHIGLIONE e MATALON; 1997: 55).

Quanto à operacionalização da construção do *corpus* para a obtenção de dados para este estudo, a pesquisa foi realizada no Rio Grande do Sul, tendo como população-alvo um setor da comunidade médica desse estado. Tendo como marco teórico-metodológico os estudos de Pierre Bourdieu, buscou-se investigar como as trajetórias desses profissionais, sejam elas sociais e/ou profissionais, influenciam na receptividade das novas tecnologias terapêuticas, visto que as hipóteses que orientam este trabalho partem de duas ideias centrais. A primeira, de que as diferentes formas de sociabilidade, ou seja, a prática e a história dos médicos, assim

como as instituições e a estrutura de valores nas quais eles se formaram, influenciam as suas trajetórias profissionais; portanto, as relações diferenciais com o mundo do trabalho e as demais instâncias da vida social produzem a cristalização de trajetórias diferentes, mesmo que paralelas, entre médicos clínicos e médicos pesquisadores. A segunda refere-se à ideia de que a proximidade dos pacientes na atividade clínica, aliada ao tempo de exercício profissional, induz a um maior ceticismo dos médicos que exercem esse tipo de atividade em face das novas tecnologias biomédicas que envolvem a manipulação de células-tronco.

Dessa forma, este trabalho buscou um entendimento da situação concreta das decisões ético-morais dos profissionais da Medicina no seu ambiente de trabalho e no âmbito das relações sociais nas quais exercem a sua prática. Simultaneamente, partiu-se do pressuposto de que as suas experiências nas demais instâncias da vida social se constituem em um pano de fundo importante para investigar como elas influenciam as suas representações e ações sociais.

Tendo por objetivo uma maior sistematização dos pressupostos conceituais que orientam esta pesquisa, foi construído o seguinte quadro:

<b>PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS</b>	
<b>CONCEITO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>Trajetória</b>	Nesta pesquisa será utilizada a definição de Bourdieu (2005), para o qual o conceito significa um conjunto de posições ocupadas de forma sucessiva por um mesmo ator ou grupo social em um determinado espaço, podendo sofrer incessantes mudanças. Representa nesta pesquisa os diversos momentos da carreira e das experiências sociais de médicos, podendo ser avaliada através dos seguintes indicadores: histórico familiar, formação profissional, inserção no mercado de trabalho, inserção em esferas da vida social, como política, cultura, etc. Desse modo, a trajetória indica a construção das diferentes formas de consolidação de conhecimentos e experiências ao longo do tempo.
<b>Campo</b>	Estrutura ou configuração de relações objetivas entre posições. No seu conjunto, a sociedade constitui um grande campo social, formado por sub-campos relacionados, mas irreduzíveis entre si (econômico, político, cultural, literário, jurídico, linguístico, etc.). Nesta pesquisa, pretende-se analisar as especificidades do campo médico e sua relevância para o contexto social geral.
	É um “... sistema de disposições duráveis e matriz de percepção, de

<b>Habitus</b>	<i>apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais”</i> (Bourdieu, 1983:19). A proposta é caracterizar a formação desse sistema de disposições internalizadas pelos médicos gaúchos e como ele age em relação à receptividade dos profissionais da Medicina perante os estudos de manipulação de células-tronco.
<b>Profissão</b>	<p>Processo pelo qual uma ocupação obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, controlando a formação e o acesso, assim como detendo o poder de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado, a partir da afirmação das suas habilidades especiais, da qualidade singular de seu trabalho e dos benefícios que este trabalho proporciona para a sociedade (Freidson, 1978).</p> <p>Para Bourdieu (2005), as profissões são classes sociais ou grupos caracterizados pela diferente forma de mobilização e apropriação de um tipo de capital, nesse caso, o capital cultural entendido como o responsável pela hierarquização, integrado ao capital social e ao capital econômico. Logo, não se trata somente de mobilidade dos agentes dentro de determinada sociedade, mas, antes de tudo, de um projeto de representação do mundo social no qual eles estão inseridos.</p>
<b>Socialização</b>	<p><i>“Processo através do qual as pessoas aprendem os valores, expectativas e costumes da sociedade em que nasceram. Assim, a família, os amigos a escola, a televisão, os companheiros de trabalho, etc., vão transmitindo continuamente os parâmetros dentro dos quais se permite e se espera que as pessoas atuem na nossa sociedade”</i> (MARCET, 1993: 76).</p> <p>A socialização, desse modo, é percebida como um processo diretamente articulado a uma série de produções de <i>habitus</i> diferenciados, os quais acompanham os agentes sociais desde a formação das primeiras categorias e valores, os quais, articulados a outras ações pedagógicas, irão nortear as suas práticas futuras. Assim, <i>“... o habitus adquirido na família está no princípio da estruturação das experiências escolares, o habitus transformado pela escola, ele mesmo diversificado, estando por sua vez no princípio da estruturação de todas as experiências ulteriores”</i> (BOURDIEU: 1983: 18).</p>
<b>Ética /Moral</b>	<p>Para Habermas (1989), o sujeito ético-moral é entendido como um ser capaz de deliberação, escolha e decisão livres, que percebe as situações como simultaneamente determinadas e abertas, necessárias e possíveis.</p> <p>A ética, portanto, como explica Ladrière (2001), existe apenas como ação, pois ela envolve um processo de interação entre os agentes sociais, quer dizer, o sujeito ao refletir sobre o que ele pode fazer percebe-se como outro, ou seja, toma conhecimento de que esse outro, assim como ele, também pode adotar o mesmo tipo de ação. Nesse sentido, pretende-se analisar como o conjunto de valores nos quais os profissionais da Medicina se formaram age sobre as decisões e escolhas realizadas por esses profissionais em relação ao uso de novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco.</p>

No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, para tornar exequível este trabalho foram necessárias algumas decisões em relação à construção do *corpus* de investigação.

Embora a utilização dos procedimentos quantitativos e qualitativos seja profícua para a compreensão dos objetos de pesquisa das Ciências Sociais, uma vez que a interligação de ambos permite a obtenção de informações sobre o mundo empírico de maneira diferenciada, optou-se, neste trabalho, por coletar os dados através do uso da técnica da entrevista em profundidade, visto que o seu objetivo consiste no aprofundamento da análise.

Constituindo-se como um terreno de múltiplas práticas interpretativas, a pesquisa qualitativa não privilegia nenhuma prática metodológica em detrimento de outra. Seu aspecto consiste em ressaltar “... *a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação*” (DENZIN e LINCOLN, 2006: 23).

Deste modo, a entrevista em profundidade<sup>22</sup> permite captar o universo cotidiano e micro-estrutural no qual se articulam os símbolos, os discursos e as rupturas mais significativas dos sujeitos que se encontram inseridos em uma determinada realidade social. Permite, assim, uma análise das suas representações e valores sobre um determinado tema, os quais ficariam obnubilados pelo uso de técnicas quantitativas.

Esses procedimentos tornam possível abordar informações que ultrapassam o caráter meramente descritivo, pois as falas dos entrevistados encontram-se revestidas de interpretações que variam no tempo e no espaço.

As entrevistas em profundidade foram realizadas com os profissionais da Medicina que atuam na região metropolitana e no interior do estado do Rio Grande do Sul. A proposta, então, procurou, do ponto de vista do método, um maior aprofundamento em relação à generalização, levando em consideração as estruturas sociais e o contexto histórico no qual estão inseridos tais profissionais. Conforme argumenta Gil, “... *a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou*

---

<sup>22</sup> Thiollent (1980) chama a atenção em relação às limitações das técnicas descritivas de análise, pois elas podem induzir àquilo que ele denomina como “fenomenologia ingênua”, a qual toma como verdade científica o próprio depoimento das pessoas, sem refleti-lo através de um adequado referencial analítico.

*desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca de suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”* (GIL, 1999: 117).

A sua aplicação deu-se através de um roteiro que buscou explorar as trajetórias sociais e profissionais, mapeando o universo no qual se constituem/constituíram as experiências familiares, acadêmicas, sociais e profissionais dos médicos gaúchos, abordando aspectos como família, socialização, valores, vida acadêmica, ingresso no mercado de trabalho, construção da carreira e seus momentos mais significativos, estratégias de crescimento profissional e sua relação com as novas tecnologias terapêuticas.

Tendo presente, também, a quantidade de especialidades médicas existentes, nesta pesquisa, o foco concentrou-se na clínica médica e naquelas especialidades que, devido às suas especificidades terapêuticas e técnicas, incorporam a tecnologia na sua prática profissional como, por exemplo, a cardiologia, a oncologia e a neurologia<sup>23</sup>.

Do mesmo modo, a investigação privilegiou um recorte geracional, a fim de apreender como as mudanças tecnológicas no campo da Medicina foram e continuam sendo percebidas por esses profissionais, uma vez que a profissão médica no Rio Grande do Sul acompanhou de longe os debates que marcaram o surgimento dos distintos Códigos de Ética que vigoraram no Brasil. Participando diretamente do conflito estabelecido com o governo positivista, justamente no momento em que ela estava organizando-se como categoria profissional, a comunidade médica gaúcha acabou constituindo uma identidade profissional fortemente vinculada aos valores internos da profissão médica, dentre os quais, como já foi dito, destaca-se o papel intrinsecamente positivo da evolução da tecnologia. A questão, neste estudo, é identificar se esta mentalidade traduz uma atitude aberta às inovações tecnológicas mais recentes. A população alvo desta pesquisa, portanto, são médicos clínicos, professores e pesquisadores.

Também foi elaborado um formulário, o qual era aplicado após a entrevista. Embora o objetivo deste estudo não fosse quantificar os casos existentes, essa ferramenta permitiu que fossem condensadas informações objetivas sobre aspectos relacionados à família do entrevistado (ano, cidade e estado em que o

---

<sup>23</sup> As pesquisas realizadas com o uso de células-tronco no Brasil concentram-se basicamente nessas três especialidades médicas.



entrevistado nasceu, profissão e escolaridade de seus pais, estado civil, profissão do cônjuge, etc.), assim como sobre questões relativas à profissão, instituição de ensino em que se formou, ano da formatura, ano de ingresso no mercado de trabalho, local e cidade do primeiro trabalho como médico, titulação obtida, modalidade de trabalho, especialidade médica, etc.), fornecendo, desse modo, informações mais específicas sobre o perfil social e, principalmente, profissional dos entrevistados.

Em relação às entrevistas semi-estruturadas, estas foram totalmente transcritas, a fim de serem construídas categorias de análise que permitissem apreender os significados e particularidades das informações obtidas através das entrevistas. No que se refere à análise de dados, estes foram examinados a partir de uma perspectiva compreensiva e comparativa, buscando interpretar o sentido atribuído pelos entrevistados às novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco.

Quanto à estrutura da tese, esta está organizada em duas partes: a primeira compreende as principais perspectivas de análise da Sociologia da profissão e da Sociologia da ética em relação à Biotecnologia; a segunda tematiza a maneira como as novas tecnologias de manipulação de células-tronco são recebidas pelos profissionais da Medicina de um determinado setor da comunidade médica gaúcha. No conjunto, a tese contém oito capítulos.

O primeiro capítulo discorre sobre a maneira como os clássicos da Sociologia e alguns dos principais autores contemporâneos dessa disciplina definem o conceito de profissão. Conseqüentemente, este trabalho propõe apreender as particularidades da profissão médica e a importância desses estudos em relação a esta área de conhecimento particular.

No capítulo seguinte, a partir do viés teórico-metodológico da Sociologia da ética apresentam-se alguns dos modelos de reflexão sobre o conceito de moral e ética. Em um primeiro momento, menciona-se a importância atribuída por Durkheim e Weber a esses conceitos e, em seguida, são apresentadas as principais perspectivas teórico-metodológicas que o debate sobre ética assume na contemporaneidade, especialmente com estudos de Jonas, Habermas e Bourdieu.

A Medicina contemporânea, ancorada nos pressupostos científicos modernos, é o tema abordado no terceiro capítulo. Nele, são discutidas as mudanças ocorridas na prática médica a partir do século XIX e XX, especialmente no que diz respeito às singularidades da história da profissão de medicina no Brasil.

Por conseguinte, são abordados os aspectos referentes à prática médica no Rio Grande do Sul. Esses elementos, aliados às demais instâncias de formação profissional, possuem um papel importante na formação do *habitus* médico, assim como na sua abertura em relação às novas tecnologias terapêuticas.

A segunda parte do trabalho enfoca os elementos empíricos encontrados ao longo do trabalho de campo, buscando analisá-los à luz dos pressupostos teórico-metodológicos apresentados no primeiro momento. No capítulo quarto, é enfocada a inserção do pesquisador no campo empírico da pesquisa; o contato com esse campo gerou dados importantes para compreender a própria construção do conhecimento nas áreas das Ciências Sociais e da Medicina, uma vez que o objeto de investigação é abordado distintamente por cada uma delas. Nele, também são apresentadas as características do *corpus* da pesquisa, atentando-se às tipologias dos profissionais da Medicina e da Biologia que foram entrevistados.

Por conseguinte, o objetivo é compreender a maneira como se deu a construção da trajetória social e profissional desses médicos gaúchos. Por meio das entrevistas, procura-se obter informações sobre a família de origem desses profissionais, além daquelas pertinentes tanto aos aspectos que motivaram sua escolha pela Medicina quanto às características que marcaram sua formação acadêmica e inserção no mercado de trabalho.

As transformações no campo da Medicina nas últimas décadas é o tema trabalhado no capítulo seis. As mudanças decorrentes das transformações sociais de modo geral e, principalmente, daquelas provenientes do próprio setor da saúde são os elementos centrais abordados nesse capítulo. Do mesmo modo, também são apresentadas as alterações ocorridas na própria construção do discurso médico em relação às enfermidades e aos agentes sociais que demandam pelos seus serviços.

Por fim, as particularidades inerentes às estratégias de construção da carreira profissional, aliadas àquelas que marcaram a própria mudança na prática médica, são importantes para compreender como se legitimam as escolhas ético-morais dos profissionais da Medicina em relação às novas tecnologias de manipulação de células-tronco. Nesse capítulo, discorre-se sobre as características que o debate sobre células-tronco assumiu no Brasil, especialmente a partir da apresentação da Ação Direta de Inconstitucionalidade<sup>24</sup> apresentada no ano de 2007

---

<sup>24</sup> A Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) foi apresentada nos primeiros meses de 2007, ao Supremo Tribunal Federal, pelo ex-procurador da República, Carlos Fonteles. Essa ação questionava

ao Supremo Tribunal Federal. Além desse aspecto, são analisados tanto as representações sociais dos profissionais da Medicina em relação ao momento em que ocorre o início da vida humana quanto os elementos que influenciam na sua receptividade e/ou rechaço às novas tecnologias terapêuticas.

---

a constitucionalidade do artigo quinto da Lei de Biossegurança, que permitia a utilização de células-tronco retiradas de embriões criopreservados, considerados pelo relator como entidades merecedoras de garantir seu direito à vida, visto que foram retiradas de embriões humanos.

**PARTE I**

**ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PRÁTICA SOCIOLÓGICA EM  
RELAÇÃO À PROFISSÃO MÉDICA**

## Capítulo I

### A PROFISSÃO MÉDICA COMO EXEMPLO PARADIGMÁTICO NO CAMPO DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Compreender a forma como as mudanças sociais, ao longo do tempo, foram apreendidas e vividas pelos médicos, é fundamental para o entendimento de sua organização profissional, pois permite perceber as peculiaridades pertinentes a essa profissão e o modo como elas influenciaram a sua relação com a sociedade.

Contudo, entender as peculiaridades de uma comunidade profissional exige um estatuto conceitual que permita apreender a maneira pela qual se constituem modelos típicos ideais de formas de se conduzir em sociedade. É através desses modelos que os membros de uma profissão específica estabelecem suas ações. Nessa perspectiva, a Sociologia das Profissões apresenta um quadro teórico com grande potencial explicativo das tendências no mundo do trabalho, pois ela permite compreender os cursos sociais pelos quais um determinado grupo social passa a se constituir como um dos agentes indispensáveis na formação de certos padrões de sociabilidade e de organização das relações sociais (Barbosa, 1993: 03).

Os estudos que se propõem a investigar a categoria “profissão” partem, segundo Barbosa (1993), de dois eixos de análise, que se referem, de um lado, à delimitação e ao posicionamento dos grupos profissionais e, de outro, à coesão ou unicidade interna das profissões. A partir dessas duas temáticas articula-se a problemática referente à forma “... de constituição dos grupos sociais em geral e do caráter de seu agenciamento sobre a estrutura da sociedade” (BARBOSA, 1993: 03).

Diante disso, as propostas investigativas que têm por objetivo analisar determinada profissão devem ter presente duas questões fundamentais: o que distingue uma profissão enquanto grupo social? Em que medida pode-se falar em um espaço específico caracterizado por relações cujo fundamento é a profissão<sup>25</sup>?

---

<sup>25</sup> O processo de profissionalização, segundo Leandri (1999), e o seu correlato “o ideal profissional” com sua ênfase na carreira, na educação especializada e na meritocracia, consolidou-se como um dos princípios organizadores da sociedade do século XX. Embora alguns autores, como Parkin, já houvessem observado esse fenômeno no século XIX na Inglaterra, com a expansão dos grupos de classe média e, dentro deles, do setor profissional, o autor em questão destaca o fato de que se

Para Rodrigues (1997), a interrogação sobre o que é uma profissão e sobre os traços e características que a distinguem de outras ocupações constitui-se na principal preocupação de diversos autores, que procuram identificar esses elementos para definir um tipo ideal de profissão. Uma vez feito isso, as profissões existentes são identificadas de acordo com as suas características, seja no seu modo de funcionamento, seja no seu modo organizacional, com o objetivo de investigar em que medida elas se aproximam ou se afastam do modelo<sup>26</sup> (Rodrigues, 1997: 07).

Embora esses autores procurem encontrar uma definição ideal e “universal” para o conceito de profissão, Steren (2002) chama a atenção para as diferenças de significados atribuídos ao conceito entre os países de cultura inglesa e os de origem latina. Enquanto no primeiro grupo o termo profissão é utilizado para designar aqueles que possuem um diploma universitário, definindo como ocupação as atividades de trabalho realizadas pelos que não têm uma formação acadêmica, no segundo caso, incluindo-se o Brasil, essa distinção não é muito nítida, podendo ambas as denominações serem usadas indistintamente. Ou seja, na sociedade brasileira, o termo profissão diz respeito a qualquer trabalho realizado que demanda algum tipo de qualificação, em oposição ao trabalho desqualificado. Dessa forma, a sua definição implica uma competência técnica intelectual e/ou manual.

Contra-pondo-se às perspectivas de análise clássica dos grupos profissionais, cujo conceito central é o termo profissão compreendido a partir de uma perspectiva típico ideal, Bonelli (2006) sugere o uso do conceito de profissionalismo<sup>27</sup>. Ao contrário de buscar apreender o conteúdo de uma

---

esses grupos ocupacionais “... que lideraron el proceso de profesionalización eran ya notorios en la sociedad del siglo XIX, el proceso em sí, con suas pugnas por el prestigio y los recursos y su búsqueda de legitimidad a partir del apoyo estatal, fue investigado sólo de manera subsidiaria por los historiadores”\* (LEANDRI, 1999: 09). Portanto, é somente no século passado que as profissões passaram a ser analisadas sociologicamente, em estudos que tinham como objetivo entender a sua essência ou, mais contemporaneamente, a forma como se estabelece a ação dos indivíduos que pertencem a determinado grupo profissional. \* Tradução livre: Esses grupos profissionais “... que lideraram o processo de profissionalização eram já notórios na sociedade do século XIX; o processo em si, com seus conflitos pelo prestígio e pelos recursos e sua busca de legitimidade a partir do apoio estatal, foi investigado somente de maneira auxiliar pelos historiadores”.

<sup>26</sup> Para Rodrigues (1997), o surgimento de novas noções, associadas ao conceito de profissão, como semiprofissão, não profissão, profissionalismo, são utilizadas para classificar aquelas ocupações que se afastam do tipo idealmente definido.

<sup>27</sup> Bonelli (2006) apresenta quatro formas de profissionalismo: 1) profissionalismo tecnocrático, centrado na ideia de empoderamento e no monopólio de determinados serviços; 2) profissionalismo cívico, cuja base se encontra fundamentada no pressuposto de que os profissionais recebem um

determinada profissão, com base na ideia do papel social dos profissionais e de suas características em um dado contexto, isto é, de construir um entendimento de como os profissionais são, essa autora considera como necessária a ênfase no agir profissional. Dessa maneira, ao invés de procurar apreender a natureza e a substância que definem um conjunto de sujeitos como profissionais, focaliza a ação desses sujeitos.

Contudo, independentemente das peculiaridades existentes entre os diferentes matizes de análise teórica, a Medicina aparece predominantemente como objeto de análise. Isso se deve ao fato de ela representar o grau mais elevado de organização corporativa dos interesses de um grupo profissional, constituindo, assim, modelos típicos ideais no sentido de estabelecer formas de conduta profissional articuladas com as categorias e valores sociais adquiridos nas distintas instâncias da sociedade. Ela constitui, em suma, um paradigma de profissão.

### **1.1. O conceito de profissão nos estudos clássicos da sociologia**

Em relação aos estudos clássicos, como os de Durkheim, Marx e Weber, é preciso salientar que eles partem de pressupostos distintos para explicar a realidade social. A partir de concepções de mundo singulares, esses autores desenvolvem suas respectivas teorias sobre a estruturação e o significado das profissões nas sociedades nas quais estão inseridos.

É importante salientar, no entanto, que a análise dos setores profissionais não foi considerada como um objeto de estudo específico por esses autores. Muito pelo contrário. A categoria de profissão estava imersa na discussão mais ampla das formas de organização e das estruturas sociais, seja na questão da estratificação social, como enfatiza Durkheim, seja na questão das disputas entre classes sociais, como quer Marx, ou, então, na produção de uma racionalização das práticas sociais especializadas, como propõe Weber.

São essas as perspectivas, todavia, que são revalorizadas ao longo do século XX pelos autores situados no campo da História e da Sociologia das

---

“mandato” que lhes é outorgado pela sociedade. Esse modelo teria um caráter moral, pois a ética profissional vigiaria a possibilidade de empoderamento desse grupo; 3) profissionalismo democrático, identificado por promover a participação de clientes/ou pacientes na dinâmica profissional. Nesse sentido, a prática profissional impulsiona o caráter democrático em detrimento do empoderamento; 4) profissionalismo organizacional, cuja forma é explicada pelos discursos moldados a partir das ideias da lógica burocrática, ou seja, há uma preocupação com a eficácia e o consumo, sendo o Estado o elemento central na mudança da profissionalização.

Profissões. Se o funcionalismo era a corrente teórica predominante nas Ciências Sociais até a primeira metade desse século, a década de setenta demarca uma mudança ideológica nos estudos sobre profissões, abrindo espaço para novas perspectivas de análise como aquelas apresentadas por Freidson (1978, 1998), Bourdieu (1983, 2007), Collins (2005), dentre outros.

A fim de apreender os pressupostos teórico-metodológicos das formas analíticas da categoria profissão na contemporaneidade, torna-se necessário, contudo, discorrer sobre as contribuições fornecidas pelos clássicos e seus principais sucessores, uma vez que suas perspectivas foram retomadas e reelaboradas nas últimas quatro décadas.

No que se refere à escola funcionalista, a profissão é entendida como sinônimo de harmonia e de complementaridade social. Para Durkheim (1995), o grupo profissional possui o papel de organizar integralmente as sociedades modernas, assegurando a unidade social; por consequência, há uma preocupação com a moralização da vida profissional. Desse modo, a questão central para essa perspectiva de análise é investigar a gênese dos grupos profissionais, suas características, enfim, sua forma de funcionamento, pois é o próprio grupo profissional quem socializa seus membros, inculcando os valores coletivos de caráter moral.

Nesse sentido, as organizações profissionais, ou corporações, são consideradas pelo referido autor como uma pré-condição para a obtenção do consenso nas sociedades industrializadas, dado que a quebra da ordem tradicional somente poderia ser restabelecida pelos agrupamentos recrutados sobre uma base ocupacional e constituídos como comunidades morais autênticas, exercendo grande interferência na sociedade.

Por consequência, a condição necessária para o surgimento de uma nova ordem moral, capaz de reduzir a instabilidade da sociedade moderna, é justamente a consolidação de uma nova ética profissional. São essas corporações profissionais, constituídas como entidades de representação intermediária, que possuem papéis sociais distintos e encontram-se voltadas para (re)estabelecer a ordem social.

As profissões são apreendidas, então, como modelo de organização e funcionamento altruísta de determinada sociedade. Se, para Durkheim (2001), a dimensão coletiva do trabalho, com especial ênfase na solidariedade, tem um papel central, para Parsons (1974), principal representante do estrutural-funcionalismo no



século XX, as motivações individuais, aliadas à procura de status e de ascensão social, são privilegiadas no estudo dos grupos profissionais.

Assim, enquanto o primeiro atribui sentido às profissões como alicerces da divisão do trabalho, para compreender a sociedade moderna e seu funcionamento, o segundo privilegia a integração sistêmica através da escolha racional de alternativas de ação, quer dizer, Parsons busca explicar a ação como uma construção intencional. Essa ação social é o resultado das opções individuais, tendo um significado para o ator. Todavia, *“... essas opções se acham ligadas a um conjunto global de valores comuns (expressão simbólica das preferências coletivas) e se inscrevem em uma rede de normas constitutiva da estrutura da sociedade, elementos coercitivos da ação social”* (LALLEMENT, 2004: 115).

Na abordagem durkheimiana, a ênfase recai na importância dos valores compartilhados coletivamente para a coesão social, a qual é assegurada pelas diversas especializações profissionais que têm o papel de promover a harmonia social, ou seja, os profissionais são considerados como agentes de integração social possuindo uma base homogênea, que é adquirida através de um longo período de treinamento de seus membros.

A perspectiva parsoniana, por sua vez, entende que uma profissão é caracterizada a partir dos seguintes traços: ela é portadora de um treinamento técnico formal, tendo por isso validade institucional; possui domínio sobre a racionalidade cognitiva, que pode ser aplicada a um campo específico; tem um domínio da tradição cultural, a partir do desenvolvimento de uma habilidade especial; e, por fim, exerce o controle entre pares (Parsons, 1974; 1973). Ao contrário de Durkheim, Parsons enfatiza mais os aspectos da ação individual em detrimento da ação coletiva.

A problemática das profissões passa a girar, então, em torno das orientações dos atores, uma vez que elas são consideradas como fechadas em si mesmas e convivendo democraticamente entre si. A relação estabelecida entre médico e paciente é considerada como modelo de análise, uma vez que ambos têm seus papéis sociais definidos de forma normativa, fazendo com que o trabalho profissional consista em diagnosticar e curar o problema (BARBOSA, 1993: 07).

Nesse sistema, o papel exercido pelos membros de uma profissão está diretamente relacionado aos clientes, visto que aqueles possuem conhecimento,

autoridade e legitimidade atribuídos pelos últimos. Quer dizer, para que a relação entre médico e paciente torne-se funcional,

“... o médico deve inscrever o seu papel sob os auspícios da performance (ele possui, para tanto, competências que foram socialmente validadas), do universalismo (os sentimentos e relações particulares que o médico pode por outro lado ter com seu paciente não devem interferir no tratamento), da especificidade (ele é especialista apenas da saúde) e da neutralidade (o médico não deve sucumbir à sedução de seu paciente sob o risco de não poder exigir-lhe os sacrifícios às vezes necessários ao tratamento)” (LALLEMENT, 2004: 120).

A ação do médico, ao contrário da dos empresários que atuam em defesa de seus interesses pessoais, está orientada para a coletividade. Quanto à ação do enfermo, este desempenha um papel guiado pela afetividade, pois pode guiar suas práticas através de seus sentimentos explícitos, pela qualidade individual, quer dizer, sua avaliação repousa naquilo que o outro é, e pelo particularismo, utilizando, para isso, critérios específicos para avaliar os atores (neste caso, médicos) e as coisas (ações desempenhadas pelos profissionais da saúde).

Realizando seus estudos no mesmo período que Parsons, Merton (1970) busca, por sua vez, renovar o enfoque funcionalista nas Ciências Sociais daquele período. Ao invés de propor uma teoria sociológica ancorada na grandiloquência conceitual, como aquela proposta pelo modelo parsoniano, o autor apresenta uma teoria de “médio alcance”, cujo objetivo é oferecer um aparato conceitual capaz de ser aplicado às situações concretas da vida social em condições determinadas, não projetando, portanto, que tal aparato tenha um alcance universal.

A tentativa de utilizar um arcabouço teórico capaz de orientar um inquérito empírico, permite a Merton desenvolver um ponto de vista crítico em relação ao método funcionalista, embora continue sendo partidário dele. A homogeneidade das profissões, ou seja, a orientação comunitária dos profissionais, elemento central para o funcionalismo, é um dos aspectos que passa a ter seu argumento problematizado.

Nesse sentido, o controle social dos profissionais, aspecto central apresentado pelo discurso funcionalista para pensar tanto o desenvolvimento histórico das profissões quanto suas perspectivas futuras, é posto em debate. Como explica Leandri (1999), a capacidade de autocontrole das profissões na sociedade, conforme propõem os primeiros autores vinculados à corrente funcionalista, como

Durkheim e Parsons, por exemplo, seria dada pelos profissionais, que *“... garantizan a la sociedad que impondrán a sus miembros un entrenamiento y un reclutamiento cuidadosos, una adecuada organización y la existencia de unos códigos éticos y de unos tribunales profesionales encargados de vigilar su acatamiento”*<sup>28</sup> (LEANDRI, 1999: 29). A lacuna<sup>29</sup> apresentada por esse modelo, centrado na ideia de que o controle da profissão é realizado pelo próprio corpo profissional, quer dizer, pelos pares, refere-se ao fato de que suas ferramentas de investigação estão muito mais voltadas para aquilo que as profissões pretendem ser do que para o que elas realmente são ou foram em uma determinada realidade. Essa limitação é explicada com base na premissa de que *“... el funcionalismo tendió a dar status teórico a las perspectivas de las elites de determinadas profesiones, en general aquellas más tradicionales y exitosas, dentro de unos marcos nacionales muy precisos y en un particular momento de su historia”*<sup>30</sup> (LEANDRI, 1999: 30).

Dado esse contexto, os estudos voltados para a categoria profissão, especialmente à Medicina, concebem a escola como uma instituição socializadora, isto é, como uma instância responsável por estabelecer o processo educativo voltado para a formação do comportamento dos membros que pretendem fazer parte de uma profissão (Merton, 1957).

A escola médica teria, dessa maneira, a tarefa de transmitir e desenvolver entre os alunos a cultura da Medicina, modelando o principiante em um prático efetivo, pois ela *“... é vista como um decisivo meio-termo entre as capacidades originais e previamente treinadas de indivíduos selecionados e a emergência do self profissional, a identificação desses indivíduos, por eles próprios e pela sociedade,*

---

<sup>28</sup> Tradução livre: os profissionais teriam o papel de *“... assegurar à sociedade de impor a seus membros um treinamento e um recrutamento cuidadosos, uma adequada organização e a existência de códigos de ética e de tribunais (conselhos) profissionais encarregados de vigiar seu respeito”*.

<sup>29</sup> Problematizando a perspectiva funcionalista, Leandri (1999) explica que o modelo parece convincente, pois toma como objeto de estudo uma realidade particular, caracterizada pelo controle bastante efetivo pelos membros de uma dada profissão. Contudo, ao serem realizados estudos comparativos, o autor observa que essa tendência de autocontrole profissional não se repete em outros contextos como *“... Lawrence Stone, por ejemplo, (que) muestra las profundas diferencias existentes entre el control de los sistemas de salud en EE.UU., base empírica exclusiva de las teorías funcionalistas, y el de Alemania. Mientras en el primer país dicho control está en buena parte en manos médicas, a través de su potente organización corporativa, en el segundo los profesionales se ven obligados a negociar permanentemente las decisiones relevantes con asociaciones de consumidores que gozan de un importante respaldo legal”* (LEANDRI, 1999: 30).

<sup>30</sup> Tradução livre: *“... o funcionalismo tendeu a atribuir status teórico às perspectivas das elites de determinadas profissões, em geral aquelas mais tradicionais e bem-sucedidas, dentro de marcos nacionais muito precisos e em um momento histórico bem particular”*.

*como doutores de medicina” (apud Nunes, 2007: 164). Essa formação torna-se possível a partir do momento em que são repassados ao corpo discente conhecimentos e habilidades específicas que permitem a formação de uma identidade profissional. É por meio dessa identidade que o estudante de Medicina adquire os elementos básicos que o fazem pensar, agir e sentir como médico.*

Com base nesses fundamentos, a contribuição de Merton para os estudos da época é a de pensar a escola médica como uma instituição voltada para a profissionalização, trazendo contribuições importantes para o estabelecimento de uma pesquisa aplicada. Nesse sentido, sua perspectiva torna-se bastante inovadora para a época, porque passa a investigar a escola médica como uma instituição (Nunes, 2007).

Embora a contribuição funcionalista tenha sido bastante relevante para pensar a categoria profissão no século passado, visto que apresenta e viabiliza uma série de estudos na área, paralelamente a ela são desenvolvidos outros enfoques metodológicos, como os estudos que tomam por base o método compreensivo e o método dialético (Pereira, 2005).

Ao contrário do método funcionalista, em outra perspectiva de análise, o paradigma do poder emerge como forma de explicação das transformações econômicas e sociais que influenciaram os grupos profissionais. Enquanto o funcionalismo explicava as profissões através de critérios de legitimidade social, a perspectiva que concebe os grupos profissionais como grupos que estão inseridos em relações de poder prioriza o seu poder profissional, social, econômico e político (Rodrigues, 1997).

Mesmo que a abordagem do poder e saber como sinônimos de mercado e monopólio tenha sido inicialmente realizada pelas pesquisas da etnometodologia, sua teorização deu-se através dos autores de formação weberiana. De acordo com Weber (1984), a profissão significa um tipo específico de especialização de serviços que são prestados por um grupo ou uma pessoa, tendo a possibilidade duradoura de remuneração e subsistência.

Dessa forma, a análise desse autor enfoca o processo de profissionalização, destacando que a existência de diversos grupos profissionais, detentores do saber e do poder, são resultantes da divisão do trabalho, os quais confrontam-se entre si para alcançar o monopólio de um mercado de atuação específico.

Contra-pondo-se à visão harmônica da vida social, presente no pensamento funcionalista, Weber (1984) privilegia o conflito procedente do confronto de interesses de indivíduos que se encontram envolvidos em um jogo de poder e cuja ação racional está relacionada a fins. Desse modo, para compreender os mecanismos através dos quais atua a dominação de um grupo profissional sobre um mercado específico, é fundamental que suas teorias sobre legitimação, hierarquia social e status sejam apreendidas, pois são elas que permitem um entendimento mais profícuo sobre a maneira como operam as profissões.

A categoria poder, nesse caso, passa a mediar a incorporação da divisão social do trabalho como fundamento da existência de grupos profissionais. Assim, a luta pela constituição de um mercado fechado e protegido e a luta pelo monopólio são as marcas que distinguem as profissões como grupos sociais. Sendo a profissão percebida como um fenômeno pertencente à dimensão da desigualdade social, na qual estão inseridas relações de poder, o conceito de status é tido como essencial, sendo sua busca apreendida como luta por prestígio.

De outra forma, se, para os modelos de análise funcionalista e weberiana, o elemento central de definição de um grupo profissional estava atrelado à formação educacional, essa questão, no paradigma marxista, ocupa uma posição secundária na investigação da dinâmica das profissões.

Tanto os aspectos cognitivos quanto técnicos encontram-se subordinados ao sistema de classes sociais. Por consequência, a situação profissional dos sujeitos é determinada pela sua estrutura objetiva e pela sua relação com o mundo produtivo e com os demais indivíduos da sociedade.

Assim, a relação entre classe e profissão faz emergir várias situações, ou seja, pode-se perceber a existência dos profissionais assalariados, responsáveis pela esfera de produção e de circulação de capital, compondo a classe trabalhadora; dos profissionais-empresários, que detêm em suas mãos os meios de produção, contratando, conseqüentemente, a força de trabalho para a produção de mercadorias; e, por fim, da classe média, composta por profissionais liberais, também conhecidos como trabalhadores autônomos, cuja posição na estrutura social tem como principal característica a circulação do capital.

Concebendo a atividade humana como fundamental para a transformação da natureza e da sociedade como um todo, Marx (1980) sublinha que as mudanças sociais observadas na sociedade industrial, a partir dos avanços tecnológicos de seu

tempo, são produtos da ação humana. Desse modo, os profissionais, ao deterem o saber teórico e/ou prático, têm o papel de transmitir ou aplicar o conhecimento gerado coletivamente pela sociedade no seu processo de desenvolvimento<sup>31</sup>.

Nesse modelo a posição social das profissões é definida através da utilização de critérios puramente econômicos, o que, na visão de Bourdieu (2005), reduz o mundo social ao campo das relações econômicas, deixando de lado a influência exercida por outras instâncias da vida social no exercício da prática profissional.

## **1.2. Freidson: os diferentes papéis do saber e a centralidade do poder no processo de profissionalização**

Embora a influência da teoria weberiana em relação ao entendimento de como se constituem as profissões esteja presente em diversos trabalhos contemporâneos<sup>32</sup>, Freidson (1978) apresenta elementos mais substanciais para

---

<sup>31</sup> Em tal contexto, os profissionais da Medicina podem ser tipificados tanto como pertencentes à burguesia (também denominada de classe média), ou seja, como prestadores de serviços; à pequena burguesia, ainda como prestadores de serviços; ou como sujeitos não produtivos (profissionais e técnicos independentes), quer dizer, como indivíduos assalariados ou não do setor de serviços.

<sup>32</sup> Dentre as abordagens teóricas sobre o fenômeno profissional que consideram o poder como determinante para o entendimento das profissões, podem ser citados os estudos de Larson, para quem a constituição do mercado e as mudanças históricas ocorridas na sociedade moderna encontram-se interligadas, fazendo com que o mercado se torne uma instância central. Para essa autora, as relações estabelecidas entre Estado, mercado de trabalho e profissões, ou seja, entre burocratização, ideologia e profissões, são consideradas como prioritárias, pois são elas que auxiliam na compreensão sobre as dimensões estruturais (conhecimento e organização) dos grupos profissionais e sobre os caracteres que lhe conferem maior ou menor monopólio de competência, ou seja, de poder. Base cognitiva e mercado de trabalho aparecem, então, como categorias-chave para a análise sociológica. Outro aspecto necessário na análise é a adição de mudanças sucessivas na base cognitiva, ou seja, “... a incorporação de tecnologia (inovações) como componente crucial para a manutenção do monopólio da competência” (Machado, 1995: 24). Em outra perspectiva analítica, Starr procura compreender o fenômeno profissional pelo ângulo das formas organizacionais. Nesse sentido, considera a autoridade cultural como diferenciada da autoridade social. A abordagem cognitiva é considerada, nesse modelo, como subordinada à dimensão social; isso faz com que as relações profissionais sejam desnaturalizadas. Enquanto para Freidson o saber é central para a diferenciação no interior da profissão e, para Larson, são os diversos tipos de saber que produzem diferenças entre as profissões, visto que o tipo de conhecimento que cada profissão detém determina possibilidades diferenciais no processo de unificação do campo profissional e no uso dos recursos organizacionais, Starr o concebe a partir da possibilidade de este ser compartilhado, através da luta pela sua monopolização como fator estruturante da profissão. Por consequência, o poder é estabelecido como um elemento de mediação fundamental entre lugares de divisão do trabalho e a existência de grupos sociais. Logo, ao contrário das perspectivas anteriores, cuja tendência é enfatizar o papel do conhecimento na definição dos grupos, esse autor procura conhecer os efeitos da institucionalização do grupo profissional sobre o conhecimento monopolizado por ele (Barbosa, 1993).

investigar a relação entre a criação, a transmissão e a aplicação do conhecimento formal e do poder.

Mesmo que a palavra “profissão”, para este autor, seja de difícil definição, visto ter um caráter tanto taxativo quanto descritivo, ela pode ser explicada como um processo pelo qual uma ocupação obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, controlando a formação e o acesso, assim como detendo o poder de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado, a partir da afirmação das suas habilidades especiais, da qualidade singular de seu trabalho e dos benefícios que este trabalho proporciona para a sociedade. Em outras palavras, ele identifica a profissão como uma base ocupacional da organização do trabalho (Freidson, 1978).

Procurando entender o papel do saber institucionalizado no mundo, a partir dos seus agentes e portadores, Freidson (1978) tem como objetivo investigar os meios pelos quais estes agentes (membros de uma profissão) obtêm recursos materiais que permitem a alguns indivíduos tornarem-se agentes do conhecimento.

Logo, a definição de uma profissão se dá pelo fato de seus membros serem submetidos, em graus variados, à educação superior e ao conhecimento formal que ela transmite. A relação existente entre o sistema de ensino e o poder traz inscrita a questão de que as profissões são ocupações nas quais a educação é pré-requisito para o emprego em determinadas posições<sup>33</sup>.

Então, há um sistema de produção de credenciais através do ensino superior, isto é, de transmissão do ensino formal. Contudo, o controle das credenciais por si só não é suficiente para conferir poder a uma determinada profissão. É necessário, também, controlar o mercado, isto é, a necessidade de demanda, o que faz com que os profissionais sejam percebidos como sujeitos que possuem um poder institucionalizado sobre certos recursos. Isso constitui mecanismos que permitem o monopólio sobre determinadas posições, controlando a forma de ingresso e a posse da interpretação, julgamento e solução de problemas que o público-alvo pretende ver solucionado (Freidson, 1998).

---

<sup>33</sup> Segundo Freidson, a ocupação que oferece todas as características necessárias para ser denominada como profissão na contemporaneidade é a Medicina, pois “... *las variables analíticas de una organización social son distinciones más útiles que aquellas relativas a normas, actitudes o éticas, y que, de hecho, tienen una relación más estrecha con la conducta las primeras que las últimas*” (FREIDSON, 1978: 22). Tradução livre: pois, “... *as variáveis analíticas de uma organização social são distinções mais úteis que aquelas relativas às normas, atitudes ou éticas, e que, de fato, têm uma relação mais estreita com a conduta das primeiras do que as últimas*”.

Tendo como base essas questões, é possível arguir que o trabalho de Freidson apresenta um vínculo muito forte entre mercado e ensino, destacando a importância do ensino formal e a centralidade da ciência na sociedade moderna.

A luta pelo domínio desses recursos (formação cognitiva e sistema de institucionalização de títulos e credenciais) faz emergir conflitos entre os membros de um grupo profissional, que têm por objetivo conquistar espaço no mercado de trabalho e melhor reconhecimento de suas qualificações<sup>34</sup>.

O problema que o autor focaliza é a autonomia profissional entendida como atributo relevante para o poder de uma profissão. É em virtude dessa autonomia que o status de uma profissão seria definido, independentemente de seu prestígio ser delegado pela sociedade, pela clientela ou pelo Estado. Desse modo, ele considera como aspectos distintos o controle de uma profissão sobre a organização econômica e social de seu trabalho e o controle sobre a sua avaliação técnica e a definição de seu conteúdo. O poder profissional resultaria, assim, dessa autonomia, ou seja, do controle de um grupo profissional sobre o aspecto tecnológico (controle de uma área de conhecimento) e de seu conteúdo (monopólio sobre um campo).

Essa questão é discutível nas atuais condições da prática médica. A tecnificação<sup>35</sup> do trabalho médico, percebida ao longo das últimas décadas, incide sobre a autonomia profissional dos médicos. A tecnologia, ao contrário de outras épocas, cujo significado correspondia apenas ao de um instrumento utilizado pelos profissionais da saúde para auxiliar nas suas práticas de diagnóstico e tratamento de doenças, passa a ser um agente no contexto social, pois incorpora interesses tanto do paciente quanto interesses econômicos, políticos e, também, profissionais. Diante desse quadro, problematiza-se o argumento apresentado por Freidson (1998) de que uma das variáveis que contribuiria para o estabelecimento do monopólio de poder profissional dos médicos seria o seu controle sobre o aspecto tecnológico.

---

<sup>34</sup> Sobre essa questão, Steren afirma que existem “... leis específicas que instituem a regulamentação profissional e os sistemas de avaliação de competências, elementos estes que funcionam como mecanismos de exclusão daqueles que não se adaptam aos critérios estabelecidos pelos órgãos de defesa dos interesses profissionais de cada categoria. Dessa forma, se consolida a fiscalização do exercício profissional, cujo papel principal é a regulação dos direitos e deveres dos seus integrantes e a definição de um território exclusivo de atuação” (STEREN, 2002: 32).

<sup>35</sup> A medicina baseada em evidências é um exemplo paradigmático da tecnificação do trabalho médico.



Diante das profundas mudanças ocorridas na última metade do século XX, relativas ao campo da tecnologia, a questão que se impõe é: até que ponto os profissionais da Medicina conseguem acompanhar e controlar todos os usos que são feitos das novas tecnologias terapêuticas?

Embora Freidson (1978) não tenha problematizado a emergência da tecnologia devido às circunstâncias históricossociais do período em que realizou seu trabalho, visto que o espaço ocupado pela tecnologia era bastante diferenciado dos usos que dela são feitos no contexto atual, sua contribuição é muito significativa, pois, ao tomar como objeto de estudo a profissão médica, este autor observa que o seu espírito corporativo tem apresentado, ao longo do tempo, o predomínio da busca de consenso em detrimento da rivalidade, naquilo que diz respeito à preservação dos interesses profissionais.

Do mesmo modo, argumenta que o principal componente diferenciador entre a profissão médica e as profissões paramédicas (enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos) é o grau de autonomia (técnica), autoridade, prestígio e responsabilidade que os membros do primeiro grupo possuem<sup>36</sup>, pois,

“... para que la autonomía exista, el ejercitante debe trabajar solo y no ha de contraer obligaciones a largo plazo con sus clientes: debe ser capaz de interrumpir la relación con su cliente en cualquier momento y viceversa: el convenio de cobrar en base a honorarios por los servicios más que en base a un contrato financiero probablemente estimule la práctica autónoma”<sup>37</sup> (apud MACHADO, 1995: 21).

O trabalho médico liberal, ou seja, autônomo, adquirido pela Medicina na passagem do século XIX para o XX, possibilita condições plenas para o profissional

<sup>36</sup> Para Freidson “... a autonomia vincula-se à organização social do campo da medicina, introduzindo o problema da divisão do trabalho na área da saúde, que envolve controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos. Estes fatores hierarquizam as demais ocupações do campo, incluindo as paramédicas, que dependem dos conhecimentos da medicina para o seu exercício cotidiano. A diferença (...) entre a medicina e as ocupações paramédicas, ao contrário das características comumente apontadas na literatura da época, não está no número de anos de escolaridade e no conteúdo ensinado na escola, mas no monopólio sobre uma área de conhecimento capaz de hierarquizar outras ocupações. A autoridade legal da medicina em diagnosticar e receitar coloca-a numa posição de domínio entre as ocupações da saúde. Essa predominância não se limita, porém, ao campo das ocupações, expandindo-se sobre diferentes medicinas, como a alopatia, impondo-se à homeopatia, à medicina de ervas e a outras práticas de cura” (BONELLI, 1998: 19).

<sup>37</sup> Tradução livre: “... para que a autonomia exista, o profissional deve trabalhar sozinho e não pode contrair obrigações em longo prazo com seus clientes: deve ser capaz de interromper a relação com seu cliente em qualquer momento e vice-versa: o ajuste de cobrar com base em honorários pelos serviços mais que com base em um contrato financeiro provavelmente estimule a prática autônoma”.

exercer suas atividades livremente no momento em que for oferecer os seus serviços para examinar, diagnosticar, prescrever e tratar seus pacientes. A autonomia, portanto, na perspectiva do autor, encontra-se articulada com outros aspectos que garantem sua eficácia e preservação como, por exemplo, o controle sobre os aspectos tecnológicos e cognitivos de uma determinada profissão.

É preciso salientar, contudo, que o seu modelo apresenta algumas questões problemáticas ao longo da análise, pois ignora o constrangimento, ou as influências, que podem ser exercidas na autonomia profissional, como as interferências de agentes como o Estado, a sociedade e os clientes e da própria evolução da tecnologia médica, uma vez que o conhecimento técnico está imbricado na realidade em que o profissional atua<sup>38</sup>.

### **1.3. A formação de grupos profissionais na perspectiva de Pierre Bourdieu**

Diferentemente dos modelos anteriores que tinham como pressuposto a ideia de uma certa homogeneidade interna das profissões, dos aspectos relacionais desses grupos ou, ainda, das profissões como resultantes dos critérios econômicos, encontrando-se subsumidas nas lutas de classes, Bourdieu oferece outros elementos para investigar o fenômeno.

Utilizando a perspectiva construtivista, esse autor parte do princípio de que há, de um lado, uma constituição social dos elementos de pensamento, percepção e ação dos sujeitos, elementos que constituem o *habitus* e, de outro, das estruturas sociais, ou seja, dos campos e grupos sociais, assim como das classes sociais (Bourdieu, 1990).

A Sociologia, nesse sentido, é concebida como uma topologia social, na qual a realidade pode ser representada como um espaço determinado pelas bases

---

<sup>38</sup> Ao privilegiar a autonomia profissional, Freidson (1978) não observa outros elementos que também podem exercer influência sobre a prática médica como, por exemplo, os aspectos organizacionais presentes no mundo do trabalho, os aspectos históricos em detrimento de modelos estruturados e a perspectiva da profissão como busca de prestígio coletivo. Para compreender o viés analítico adotado pelo autor para investigar a profissão de Medicina, é preciso, primeiramente, entender as singularidades sociais e históricas que acompanharam a elaboração de seus estudos. Centrando a base empírica de seus estudos na Medicina norte-americana das décadas de sessenta e setenta, Freidson adota a premissa da liberdade de ação como uma prática imprescindível no diagnóstico e prognóstico de um enfermo. Essa liberdade de ação, isto é, a autonomia médica de tomar decisões por conta própria, constitui um valor em si mesmo para os profissionais da Medicina. Nesse sentido, ao partir do pressuposto de que “cada caso é um caso”, os profissionais dessa área tomam decisões independentes, podendo, inclusive, agir de modo contrário aos interesses políticos ligados aos interesses do Estado e opor-se aos interesses institucionais ou sociais.

de diferenciação e distribuição irregular de força e poder. Desse modo, o lugar do agente na estrutura social é definido pela posição que ele ocupa no espaço (Bourdieu, 1990), quer dizer, é nesse

“... espaço social, no qual as distâncias se medem em quantidade de capital, [que se definem] proximidades e afinidades, afastamentos e incompatibilidades, em suma, probabilidades de pertencer a grupos realmente unificados (...); mas é na luta das classificações, luta para impor esta ou aquela maneira de recortar este espaço, para unificar ou dividir, etc., que se definem as aproximações reais. A classe nunca está nas coisas; ela também é representação e vontade, mas que só tem possibilidade de encarnar-se nas coisas se ela aproximar o que está objetivamente próximo e afastar o que está objetivamente afastado” (BOURDIEU, 1990: 95).

As relações hierárquicas estabelecidas a partir da posse de bens, materiais e simbólicos, da mesma forma que as posições reconhecidas e legitimadas, constituem os campos<sup>39</sup> profissionais, sociais e econômicos. Investigando as propriedades gerais dos campos, Bourdieu identifica e descreve as formas que assumem os conceitos mais gerais (interesse, capital, investimento) e os mecanismos que atuam em cada um desses campos, assim como a própria formação do *habitus* profissional.

Desse modo, é o lugar ocupado pelo agente nos diversos campos, ou seja, a composição do capital e do poder que esse agente possui, que define a sua posição no espaço social, pois cada campo tem uma determinada forma de capital e uma hierarquia próprias.

Considerando o conceito de capital social<sup>40</sup> como determinante para apreender as relações e diferenciações entre os agentes dentro de cada campo, Bourdieu (2005) explica que esse capital pode ter valor distinto em cada campo<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Além dos campos econômicos, sociais e profissionais, Bourdieu ressalta a existência de outros campos como o político, o das instituições de ensino, o burocrático, o religioso, o jurídico, o da produção cultural, o jornalístico, o artístico, o universitário, entre outros.

<sup>40</sup> Deste modo, se o capital cultural refere-se ao capital escolar, o capital social é definido pelo conjunto das relações sociais, o capital científico produz reconhecimento da autoridade e da sua competência, o capital econômico origina a hierarquização, na qual estão situadas as diferentes posições de classe e o capital familiar pode ser tanto econômico quanto cultural.

<sup>41</sup> Segundo Bourdieu, enquanto um campo pode atribuir um valor elevado a um capital, em outro, este mesmo capital pode não ter nenhum valor para o agente, visto que cada agente possui e adquire diferentes valores de acordo com o campo no qual está inserido.

Dentre os diferentes tipos de capitais, o capital cultural adquire uma posição central para explicar a configuração das profissões. É por meio dele que se tenta compreender o processo de aquisição de conhecimentos e de valorização social das habilidades.

De acordo com Barbosa (1993), o capital cultural significa para as profissões o seu principal eixo de estruturação, pois é a partir dele que são definidas as condições de produção, de distribuição e de controle dos profissionais, obtidas através da escola, da atuação organizada do mercado e por intermédio das diversas formas de organização, hierarquização e representação, simultaneamente. Em todas essas instâncias, a sua ação é integrada com os demais tipos de capital existentes para produzir efeitos específicos; é a partir das posições e disposições que os agentes e os grupos ocupam no meio social que se define a sua distinção.

Do mesmo modo que o capital cultural, o campo científico também é importante para compreender a profissão médica, pois é nesse campo que os membros desse grupo realizam sua prática, através da criação, divulgação e aplicação do saber científico gerado em instituições e laboratórios de ensino e pesquisa.

Para Bourdieu (2005), o campo científico é o espaço no qual se estabelece a luta concorrencial entre os atores sociais, cujas posições foram adquiridas em lutas anteriores. A questão que está em jogo é o monopólio de autoridade científica percebida como qualidade técnica e poder social, cuja capacidade de discursar e de agir são legitimadas socialmente.

Nesse sentido, as práticas dos agentes estão orientadas na busca da autoridade, ou seja, na busca constante do reconhecimento, celebridade e prestígio social, meio no qual os títulos científicos têm um papel de grande importância.

Diante da ideia de diferentes campos que interagem e disputam status social, assim como da noção de capitais desigualmente distribuídos, o autor parte do pressuposto de que o título universitário ou científico concorre com outros títulos para a aquisição de autoridade e prestígio. As profissões seriam, portanto, classes sociais ou grupos caracterizados pelas diferentes formas de mobilização e apropriação de um tipo de capital, nesse caso, o capital cultural<sup>42</sup>, entendido como o

---

<sup>42</sup> O capital cultural pode ser definido como “... uma relação social que inclui, além do saber, o próprio nome da profissão, a sua representação (que ajuda a entender também o problema da ideologia das profissões), as disposições dos agentes. Concebido como objeto de luta, a posse e a valorização

responsável pela hierarquização, integrado ao capital social e ao capital econômico<sup>43</sup>.

Ao contrário de Larson,<sup>44</sup> que percebe a profissionalização como resultado de um projeto coletivo de mobilidade social, a análise de Bourdieu permite ir além, pois seu modelo analítico mostra que esse fenômeno não se trata somente de mobilidade dos agentes dentro de determinada sociedade, mas, antes de tudo, de um projeto de representação do mundo social no qual eles estão inseridos, no qual

“... la relation entre l'*habitus* et le champ est d'abord une relation de conditionnement: le champ structure l'*habitus* qui est le produit de l'incorporation de la nécessité immanent de le champ ou d'un ensemble de champs (...). Mais c'est aussi une relation de connaissance ou de construction cognitive: l'*habitus* contribue à constituer le champ comme monde signifiant, doué de sens et de valeur, dans lequel il vaut la peine d'investir son énergie”<sup>45</sup> (BOURDIEU, 1992: 102-103).

Da mesma forma, ele ultrapassa também os pressupostos apresentados por Starr (Barbosa, 1993), que explicavam os grupos profissionais a partir de sua tentativa constante de impor autoridade cultural. Para o autor, esses grupos elaboram representações específicas sobre a forma como a sociedade se organiza ou deve se organizar e sobre o lugar destinado a cada grupo no seu interior. Nesse sentido, o papel do trabalho profissional adota dimensões mais extensas, podendo compreender todo o conjunto de relações sociais.

---

*diferenciada deste capital explicam os conflitos interprofissionais pela delimitação de monopólios, explicitando que (...) a divisão do trabalho, potencialmente inscrita no universo objetivado da técnica, só se realiza na ordem propriamente social através da mediação de sistemas simbólicos, onde se exprimem de forma explícita as divisões entre grupos, e classes” (BARBOSA, 1993: 24-5).*

<sup>43</sup> Partindo dessa explicação “... a perspectiva bourdieusiana aponta o fundamento último das lutas pela constituição dos grupos profissionais, de sua representação, bem como permite reivindicar para estes uma lógica própria de existência. Dessa forma, pode-se perceber a especificidade da profissão como fundamento de distinção, na medida em que são incorporadas as características diferenciais de comportamento dos agentes e dos grupos, que não poderiam ser atribuídas simplesmente à classe social no sentido marxista do termo” (BARBOSA, 1993: 26).

<sup>44</sup> Barbosa, Maria Ligia de Oliveira. *A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto*. BIB. Rio de Janeiro Nº 36/setembro/1993. pg. 3-30.

<sup>45</sup> Tradução livre: “... a relação entre o *habitus* e o campo é uma relação de condicionamento: o campo estrutura o *habitus* que é o produto da incorporação da necessidade imanente do campo ou de um conjunto de campos (...). Mas é também uma relação de conhecimento ou de construção cognitiva: o *habitus* contribui para construir o campo como um mundo significativo, dotado de senso de valor, sobre o qual valerá a pena investir sua energia”.

O paradigma apresentado por Bourdieu permite, sob esse ponto de vista, apreender de modo mais completo os significados subjacentes à receptividade de um setor da Medicina no Rio Grande do Sul em relação às novas tecnologias terapêuticas, visto que seu modelo teórico permite pensar a circulação dos profissionais da Medicina por diversos campos, como o social, o científico, o cultural e o político, por exemplo, e as práticas resultantes das distintas formas de sociabilidade.

As novas tecnologias terapêuticas, constituindo-se em um produto das práticas científicas, não devem ser entendidas como resultantes de um processo totalmente objetivo. Ao contrário, a ciência - e seus derivados - é uma resultante do enredamento no qual agentes sociais estão envolvidos. Esses agentes, inseridos em um jogo social, precisam tomar decisões e agir, encontrando-se, assim, em um mundo relacional. Tais características serão apresentadas a seguir, quando são apresentados os elementos predominantes na construção da trajetória dos profissionais da Medicina.

## Capítulo II

### MODELOS DE REFLEXÃO: A MORAL E A ÉTICA

A Medicina, segundo Canguilhem (2006), mais do que uma ciência propriamente dita, pode ser definida como uma técnica ou uma arte situada no encontro de várias ciências. Caracterizada pela arte de cultivar a autonomia do ser humano quando comprometida por eventos originados de sua natureza biopsíquica, a Medicina, nas últimas décadas, está cada vez mais envolvida com os questionamentos suscitados pelos novos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde.

Diante dessa realidade, é imprescindível apreender os significados atribuídos a essas novas tecnologias, responsáveis pela mudança em muitas das atividades e intervenções desenvolvidas pela Medicina contemporânea. As novas tecnologias reprodutivas, os procedimentos relacionados ao ato de viver e de morrer e as promessas terapêuticas oferecidas pela Engenharia Biomédica, através dos estudos genéticos e de células-tronco, promovem um debate sobre as questões ético-morais que cercam essas problemáticas na sociedade brasileira.

Compreender como são tomadas as decisões diante da relação entre a Biotecnologia e a Medicina regenerativa requer uma discussão sobre a autonomia do sujeito<sup>46</sup> e o modo como ele interpreta os imperativos éticos que instauram o campo da convivência social.

No entanto, essa possível autonomia do indivíduo médico, expressa em suas decisões ético-morais voltadas para a questão biotecnológica, precisa ser observada à luz do espaço social no qual esse indivíduo está inserido. Entendendo que os profissionais da Medicina transitam por distintos campos da sociedade, embora desempenhem suas práticas sociais em um campo específico, neste caso, o campo da saúde e/ou da Medicina, no qual ocupam posições estratégicas e hierarquizadas, sua prática é condicionada pela relação entre o *habitus*, definido como um conjunto de experiências passadas incorporadas pelos agentes sociais

---

<sup>46</sup> A autonomia dos sujeitos, neste estudo, refere-se à autonomia de médicos gaúchos em relação às decisões relacionadas aos questionamentos ético-morais suscitados pelas técnicas de manipulação de células-tronco.

como conhecimento prático naturalizado, e o capital, instrumento que define a posição que um agente determinado ocupa em seu meio (Bourdieu, 2001).

Contraopondo-se aos defensores da “teoria da ação racional”, Bourdieu (2001) argumenta que a ação do indivíduo e, conseqüentemente, a maneira pela qual se constitui sua autonomia, não depende apenas de uma visão mecanicista, ancorada no princípio da coerção mecânica das causas externas, e nem de uma visão finalista, embasada na ideia de que a ação é o produto de um cálculo racional, cujo agente atua de maneira livre e consciente. Para o autor, “... *os agentes sociais são dotados de habitus, inscritos nos corpos pelas experiências passadas*” (BOURDIEU, 2001: 169). É através desses esquemas de percepção que se instituem os princípios de visão (maneira pela qual o agente observa o mundo) e divisão social (forma como ele classifica a realidade da qual faz parte como membro de um grupo social específico).

Se o indivíduo ou agente social encontra-se provido de categorias mentais de percepção do mundo social, cuja origem é dada pela incorporação das estruturas objetivas do espaço social, isto é, pela ideia de que o “... *agente nunca é por inteiro o sujeito de suas práticas*” (BOURDIEU, 2001: 169), sua autonomia não pode ser pensada como uma condição dada racional e conscientemente. Ao contrário disso, é o senso prático apreendido pelo corpo, ao qual são dirigidas as injunções sociais, que permite a um agente social específico agir de maneira apropriada, sem levar a efeito uma norma de como se conduzir em sociedade. Nesse sentido, sua autonomia depende das disposições e crenças presentes em um determinado campo social, tornando-a, assim, significativa.

### **2.1. A sociologia da moral na teoria de Durkheim**

Definindo a Sociologia como ciência da sociedade, através da qual é possível investigar os fatos sociais, Durkheim (1994) tem por objetivo criar uma teoria e um método que a tornem objetiva e científica. O caráter filosófico de sua tese, cujo fundamento é extraído da fé absoluta na ciência, está baseado na reorganização mental e moral da humanidade, a fim de compreender e resolver os problemas sociais enfrentados pela sociedade europeia na segunda metade do



século XIX e início do século XX, sejam os de ordem política ou os de ordem moral (provocados pelo conflito entre o ensino religioso e o leigo)<sup>47</sup>.

Sua teoria tinha como preocupação central verificar os mecanismos de funcionamento das diversas instituições sociais e as condições necessárias para que o sistema se mantivesse em equilíbrio. Como discípulo de Comte, considerava que uma sociedade precisava de consenso, e este somente seria possível através da existência de crenças absolutas.

Identificando na sociedade uma crise moral e um crescente individualismo, Durkheim (2001) criou uma teoria sobre uma educação que pudesse promover a harmonia social, visto que considerava a educação como um elemento através do qual era possível perpetuar e reforçar a homogeneidade reclamada pela vida coletiva e ao mesmo tempo assegurar a diversidade, também necessária. Contrário à ideia de uma educação ideal, perfeita e apropriada para todos os integrantes da sociedade, compreendia os indivíduos como portadores de diferentes funções e aptidões sociais.

Nesse sentido, a sociedade ultrapassava o indivíduo, tanto no tempo como no espaço, estando em condições de impor modos de agir e de pensar que consagrou através de sua autoridade (Durkheim, 2001). Essa pressão, característica dos fatos sociais,

“... é aquela que todos exercem sobre cada um. Mas dirão alguns, já que os indivíduos são os únicos elementos que compõem a sociedade, a origem primeira dos fenômenos sociológicos só pode ser psicológica. Contudo, estando associados, é esta associação que é a causa desses novos fenômenos que caracterizam a vida, da qual é impossível encontrar-se até mesmo o germe em qualquer dos elementos associados. É que o todo não é idêntico à soma das partes; ele é algo de diferente, com propriedades diferentes das que possuem as partes que o compõem” (DURKHEIM, 2001: 67).

Fazendo uso da analogia entre as leis da Sociologia e as leis da Psicologia, Durkheim tem a finalidade de comparar representações individuais e

---

<sup>47</sup> Segundo Aron, “... a crise da sociedade moderna lhe parecia provocada pela não substituição das morais tradicionais baseadas na religião. A sociologia deveria servir para fundamentar e reconstituir uma ética que atendesse às exigências do espírito científico” (ARON, 1987: 288).

representações sociais, uma vez que tanto a vida coletiva quanto a vida psíquica do indivíduo é formada por representações (Durkheim, 1994).

Em um esforço para tratar os fatos da vida moral segundo o método das ciências positivas, o autor aponta que esse fato é apreendido pela externalidade e pela sua aparência. Definidos como fenômenos semelhantes aos demais fenômenos sociais, os fatos morais constituem-se “... em regras de ação que se reconhecem por certos caracteres distintivos; por conseguinte, deve ser possível observá-los, descrevê-los, classificá-los e procurar as leis que os explicam” (DURKHEIM, 2001: 68-9).

Sendo, portanto, os fatos morais fenômenos impositivos que se encontram fora da consciência do indivíduo, a moral é uma forma de ação, e não o seu conteúdo, a qual aponta as coisas como elas devem ser e não como elas são. A realidade moral, assim como qualquer espécie de realidade, pode ser estudada a partir de dois pontos de vista: 1) é necessário conhecer e compreender essa realidade e 2) intentar julgá-la.

Consequentemente, o autor explica que as regras morais podem ser diferenciadas das demais regras em virtude de duas características principais. De um lado, essas regras morais estão investidas de uma autoridade especial; é em função dessa autoridade que elas são obedecidas, conferindo, assim, ao fato moral a característica de dever e de obrigação. Por outro, ao contrário de Kant, que concebe a moralidade como um dever ser, no qual a razão e a sensibilidade não têm o mesmo objetivo, Durkheim considera o interesse do indivíduo. A este ele atribui desejabilidade, isto é, “... para que possamos nos desempenhar como sujeitos, é necessário que o ato desperte de alguma forma a nossa sensibilidade e que se apresente a nós, de certo modo, como desejável” (DURKHEIM, 1994). Em outras palavras: as regras morais, segundo o autor, representam um sistema sobre a forma como os indivíduos devem conduzir-se em sociedade, possuindo essencialmente duas características: a regra moral como dever e a regra moral como bem. Enquanto a primeira revela o caráter de obrigatoriedade intrínseca a qualquer norma moral, visto que a regra sempre se impõe de maneira coercitiva ao indivíduo, a segunda precisa ser almejada pelos atores sociais. Se uma regra moral é desejada pelos membros que compõem uma sociedade, essa regra passa a ter uma finalidade, que é manter a coesão social. Além do mais, a autoridade da regra e o respeito que os

atores sociais destinam a ela fazem parte dos sentimentos que são partilhados pelo grupo.

Dessa maneira, a moralidade<sup>48</sup> se endereça a um ente superior, que é a sociedade. Não é aceita quando endereçada para o próprio bem, pois é classificada como egoísmo; o mesmo ocorre se direcionada ao bem do próximo, uma vez que esse próximo é constituído de indivíduos. Conforme essa perspectiva, a consciência moral inicia onde começa a adesão a um grupo, podendo ser modificada pelo estado da sociedade. Logo, segundo esse enfoque teórico, a sociedade torna-se desejável para o sujeito, pois este não pode existir fora dela.

É aí que se encontra a dualidade da noção do fato moral, ou seja, ao mesmo tempo em que a sociedade ultrapassa o indivíduo, sendo considerada como uma coisa boa, desejável por este indivíduo, ela é uma autoridade moral, pois confere às normas morais um caráter obrigatório. Em síntese, ela constitui uma realidade moral objetiva que serve de referência comum e impessoal para que as ações possam ser julgadas.

Se a moral é a objetivação das relações sociais, visto que a teoria moral postulada por Durkheim confunde-se com sua teoria do direito, isto é, sua teoria da solidariedade social, são as normas e regras sociais que provêm as regras morais para os membros de uma dada sociedade. Os atores sociais ao respeitarem as leis e normas do grupo agem moralmente.

A aplicação do modelo durkhemiano, de perspectiva funcionalista, na Medicina está relacionada diretamente à questão da produção de conhecimento sociológico sobre os nexos funcionais e as relações concomitantes em uma determinada sociedade ou em seus sub-sistemas (Pereira, 2005). As relações estabelecidas entre uma unidade profissional e o sistema social, no âmbito da assistência médica, permitem ao pesquisador compreender o comportamento dos membros de uma dada profissão em relação às expectativas e sanções, positivas e negativas, correspondentes aos demais profissionais que atuam na mesma instituição médico-hospitalar, assim como às representações correntes na sociedade em geral.

---

<sup>48</sup> Para Durkheim, “... o verdadeiro objeto da moral é fazer o indivíduo sentir que não é o todo, e sim parte do todo, e avaliar o quanto é insignificante quando comparado ao meio que o envolve” (DURKHEIM, 2003: 98).

Os grupos sociais possuem, portanto, qualidades morais, já que desempenham um papel social específico, que é organizar de forma integrada a sociedade, assegurando sua unidade social. No que tange à Medicina seu caráter moralizador encontra-se na forma pela qual ocorre a formação de seus profissionais e no modo como eles agem no corpo social. A medicalização de determinadas práticas sociais, possível a partir da elaboração e incorporação do discurso médico acerca de um comportamento, que passa a ser rotulado socialmente como normal ou anormal, tem como objetivo manter ou estabelecer a ordem social, ou seja, sua pretensão é conservar a harmonia social.

Nesse sentido, a prática médica emerge como um elemento de suma importância para analisar a construção do discurso sobre saúde e doença na sociedade ocidental. Embora novas concepções estejam em emergência no contexto atual, como, por exemplo, a saúde coletiva<sup>49</sup> e a saúde como risco<sup>50</sup>, as definições usadas correntemente referem-se à ideia da saúde como equilíbrio e àquela apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja gênese é fundamentalmente funcionalista. Logo, esses enunciados entrecruzam-se com o âmbito discursivo e institucional, pois a aceitação de um conceito de saúde direciona políticas e intervenções específicas sobre o corpo e a vida dos sujeitos (Caponi, 1997).

A maneira como os profissionais da saúde, em particular aqueles que atuam na área médica, estabelecem seus modos de agir, está ancorada no princípio funcional, atitude que pode ser exemplificada através dos enunciados sobre o corpo humano, por eles utilizados cotidianamente. Se o conceito de saúde como equilíbrio é entendido exclusivamente como ausência de patologia, visto que essa definição parte da ideia de corpo-mecanismo, no qual o fenômeno da saúde é reduzido a um mecanismo adaptativo, o método funcionalista privilegia a investigação dos estados

---

<sup>49</sup> O objeto da saúde coletiva é deslocado do indivíduo para o coletivo. No Brasil, a preocupação volta-se, assim, para a saúde pública de grupos e populações, demandando que elementos, como acesso à alimentação, habitação, educação, trabalho, transporte, emprego, tempo livre, dentre outros apresentados pela VIII Conferência Nacional em Saúde, realizada em 1986, passem a ser integrados às condições de vida dos sujeitos.

<sup>50</sup> Analisando o estatuto epistemológico do conceito de saúde Canguilhem, Caponi (1997) explica que “... ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as enfermidades como crimes, porque os interessados são de certa forma responsáveis, por excesso ou por omissão, cremos que o poder e a tentação de tornar-se enfermo é uma característica essencial da fisiologia humana” (CAPONI, 1997: 306). A questão central encontra-se na maneira como cada indivíduo tolera as adversidades, internas e externas, apresentadas a ele.

de saúde e doença em uma determinada sociedade e os impactos que produz sobre sua “funcionalidade”. Esses estados são percebidos como fenômenos contabilizados, podendo ser condicionados e medidos por técnicas definidas pelos especialistas em saúde.

O mesmo ocorre em relação ao conceito apresentado pela Organização Mundial da Saúde, que define saúde como o perfeito bem-estar físico, social e mental. Ainda que a saúde restrinja-se à esfera do biológico, não há como desconsiderar o sintoma (sempre acompanhado de um caráter subjetivo, portanto, em larga medida, produzido socialmente). Contudo, ao afirmar que bem-estar é um valor, dado que faz referência à dor, que é um sintoma subjetivo, ela reconhece como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que em um grupo social, em um determinado contexto histórico, é qualificado de forma positiva, produzindo o bem-estar, como, por exemplo, o trabalho, a convivência social, a vida familiar, o controle de excessos, etc. As condutas dos membros que atuam em desacordo com esses valores são, por consequência, desqualificadas e tipificadas como comportamentos patológicos pelo fato de representarem um perigo, algo indesejado pela sociedade.

Ao elencar as influências da perspectiva funcionalista sobre o discurso médico, Caponi (1997) procura ilustrar como esse discurso pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que é considerado como um mal para a sociedade. O discurso médico é transformado em discurso jurídico na medida em que o perigoso, o desviante torna-se objeto de intervenção. A prática interposta procura, portanto, proteger a sociedade desses indivíduos indesejáveis e recuperá-los.

## **2.2. A ética em Max Weber**

Ao contrário de Durkheim, que procurava através da observação empírica compreender as formas de ação coletiva presentes na sociedade, Weber investiga o campo social a partir da ação individual motivada para o outro, procurando construir tipologias de formas de organização social e apreender o modo como se constituem e operam as divisões sociais.

Fazendo uso da Sociologia compreensiva, esse autor procura entender quais os significados que o agente social utiliza para orientar sua ação<sup>51</sup>, visto que sua análise recai sobre o agir do ator social. Desse modo, a ação social é definida como uma ação em que o sentido indicado por seu sujeito, ou sujeitos, refere-se à conduta de outros, orientando-se por esta em seu desenvolvimento. Quanto à noção de sentido, ele é entendido como sentido subjetivo, podendo ser indicado pelos sujeitos da ação, seja ele a) existente de fato, b) em um caso historicamente dado, c) como média e como aproximação numa determinada massa de casos ou d) construído em um tipo ideal, com atores desse caráter. O sujeito encontra-se inserido, portanto, em um sistema interacional (Weber, 2001).

Weber (1995) apresenta a compreensão como método sociológico para apreender o sentido<sup>52</sup> da realidade social. Essa noção, para ele, completa e aprofunda a sociologia existente, tanto que para explicá-la recorre aos tipos ideais<sup>53</sup>.

Em sua perspectiva de análise, toda ação social que envolve relações sociais pode ser orientada pelos atores segundo a ideia de que existe uma ordem legítima. Quanto à ação, ela torna-se social na medida em que “... é uma ação na qual o sentido sugerido pelo sujeito ou sujeitos refere-se ao comportamento de outros e se orienta nela no que diz respeito ao seu desenvolvimento” (Weber, 2001: 400). Já a relação social, ainda segundo Weber, depende da existência da probabilidade de que ocorra tal curso da ação social, sendo que ela não precisa ser recíproca, pois os sujeitos envolvidos podem atribuir significados distintos às suas ações sociais fazendo com que, mesmo assim, a relação social se mantenha. Dito de outra forma, “... a relação social consiste, pois, plena e exclusivamente, na possibilidade de que se agir socialmente numa forma indicável (com sentido)” (Weber, 2001: 419).

---

<sup>51</sup> Por “ação” deve-se entender uma conduta humana (que pode consistir num ato externo ou interno; numa condição ou numa permissão) sempre que o sujeito ou os sujeitos da ação a envolvam de um sentido subjetivo (Weber, 1995).

<sup>52</sup> Conforme o autor, “... o indivíduo constitui o limite e é o único portador de um comportamento provido de sentido” (WEBER, 1995: 322).

<sup>53</sup> Para Weber (1995), obtém-se um tipo ideal mediante a acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista e mediante o encadeamento de grande quantidade de fenômenos isolados dados, difusos e discretos, que podem ocorrer em maior ou menor número ou mesmo faltar por completo e que se ordenam segundo os pontos de vista unilateralmente acentuados, a fim de formar um quadro homogêneo de pensamento.

O conteúdo da relação social<sup>54</sup> pode assumir a mais variada natureza e tal relação se distingue da ação social por possuir uma dimensão temporal. A Sociologia, portanto, tem a tarefa de estudar as uniformidades empíricas, quer dizer, certos tipos de ação disseminada, frequente e simultaneamente executadas por muitos indivíduos.

Da mesma forma que Durkheim (1994) se opunha ao idealismo kantiano, criticando-o por considerar a vontade do indivíduo como não sendo determinada por fatores externos e negando a arbitrariedade e individualidade do sujeito, Weber rejeita a analogia orgânica encontrada no modelo durkheimiano. De maneira diferenciada, ele estabelece outra analogia através da qual procura compreender a parte como um átomo.

Para o autor o que existe é o contexto de relações nas quais os indivíduos agem, procurando o sentido que essas ações têm para eles. O ser social se autodetermina por meio das ações e dos valores que determinam essas ações. O conceito de moral pode ser explicado pelas ações, que não são nem fixas e nem rígidas, que operam na vida dos indivíduos. Ao invés de o indivíduo ser apresentado como um ser inanimado, como na teoria durkheimiana, ele é caracterizado pela ação autônoma e por sua racionalidade; enfim, como um sujeito de ação social.

Em sua obra, *A ética protestante e o espírito do capitalismo*<sup>55</sup>, Weber (1985) procura estabelecer a origem da racionalidade, ancorada em ideais éticos de dever, decorrentes de forças religiosas que influenciam a conduta dos indivíduos<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> As relações sociais são definidas como tipologias de ações que envolvem sujeitos múltiplos.

<sup>55</sup> Procura analisar a filiação e proximidade entre o protestantismo (calvinismos, seitas batistas, pietismo e metodismo) e o desenvolvimento do capitalismo, ou seja, a maior tendência desse grupo em interessar-se pela empresa capitalista, pelo racionalismo econômico. Aborda questões como a educação e o tipo de trabalho, comparando protestantes e católicos; sua ênfase recai na ideia de que “... a explicação desses fatos está, (...), nas peculiaridades mentais e espirituais adquiridas do meio, especialmente do tipo de educação propiciada pela atmosfera religiosa do lar e da família, que determinaram a escolha da ocupação, e, através dela, da carreira profissional” (WEBER, 1985: 22).

<sup>56</sup> Weber faz referências à civilização ocidental caracterizada pela racionalidade da ciência, da arte e de outras esferas da vida cotidiana; também faz menção a outras sociedades como as asiáticas, a egípcia, a chinesa dentre outras, comparando os caracteres de cada uma delas ao longo do tempo, sempre estabelecendo uma comparação com o ocidente. Esse processo de racionalização também está presente no capitalismo, o qual não pode ser interpretado como desejo de ganho ilimitado. Como é orientada pela razão, a ação individual passa a ser baseada no cálculo, estando assentada no trabalho livre. Seu desenvolvimento foi influenciado por dois fatores: 1) separação da empresa da economia doméstica; 2) criação de uma contabilidade racional, além de serem possibilitada pelas estruturas racionais do direito (sistema legal) e da administração (orientada por regras formais).

A ação, nesse sentido, é explicada a partir da apreensão do conteúdo que leva o sujeito a seguir um determinado comportamento e não outro. É o próprio sujeito quem cria a sociedade a partir da objetivação de sua vontade, ou seja, de sua ação<sup>57</sup>. O valor moral, portanto, não está na sociedade<sup>58</sup>, mas no indivíduo, cuja razão é fortemente motivada pelos valores.

Partindo desse pressuposto, explica que o capitalismo<sup>59</sup> não é gerado somente pelas ações econômicas; para que ele se desenvolvesse foi necessária a existência de outros fatores. É a racionalização mental, fortalecida pela racionalidade ética dada pela religião, que viabiliza o seu desenvolvimento (Weber, 1985).

É essa racionalidade religiosa que prepara o indivíduo para uma racionalidade econômica, dando-lhe sentido. Não existe uma relação causal, mas sim um sentido contido nessa relação. Desse modo, há uma ética de ascetismo ligada aos valores: na medida em que a racionalidade vai se desenvolvendo, o indivíduo torna-se racional em relação aos fins, destituindo-se do sentido éticorreligioso. O caráter social da moralidade é reconhecido por Weber como “... a institucionalização da racionalidade técnica, esvaziada de qualquer conotação valorativa ou ética” (FREITAG, 1992: 114). Embora discorde do modelo proposto por Marx, que percebe o modo de produção capitalista como o responsável pela institucionalização da imoralidade, devido ao fato de esse sistema priorizar os

---

<sup>57</sup> No modelo weberiano não há um sistema como no modelo apresentado por Durkheim.

<sup>58</sup> Weber (1985) distingue as noções de comunidade e sociedade. Para ele, a comunidade pode ser compreendida como uma relação social em que a atitude de cada sujeito se inspira em um sentimento de pertença a um todo. A sociedade, por sua vez, é o local em que a atitude do sujeito se inspira em um sentimento de compensação, isto é, há a união de interesses constituída a partir do sentimento (e expectativas) de compensação, das ações racionalizadas.

<sup>59</sup> O espírito do capitalismo é caracterizado como uma individualidade histórica que precisa ser estruturada a partir dos elementos individuais que a constituem; afasta a definição do conceito final e definitivo no início da investigação; este deve surgir no fim da análise; portanto, procura inicialmente estabelecer uma descrição sobre o termo, a fim de melhor compreender o objeto, livre de preconceitos (objetividade). Segundo Weber, “... *ganhar dinheiro dentro da ordem econômica moderna é, enquanto for feito legalmente, o resultado e a expressão de virtude e de eficiência em uma vocação (...) esta ideia fundamental de dever profissional (...); é a mais característica da ‘ética social’ da cultura capitalista, e, em certo sentido, sua base fundamental*” (WEBER, 1985: 33). Além disso, realiza uma crítica à posição de Marx em relação ao desenvolvimento do capitalismo, o qual teria ocorrido em função da acumulação primitiva de capital. De acordo com sua perspectiva “... *o trabalho deve (...) ser executado como um fim absoluto em si mesmo – como uma ‘vocação’*. *Tal atitude (...) somente pode ser produto de um longo e árduo processo de educação*” (WEBER, 1985: 39). Diante desses elementos, conclui que o capitalismo moderno passa a diferenciar-se das demais formas de capitalismo encontradas ao longo do tempo a partir da racionalização da produção e da venda.



aspectos materiais em detrimento do respeito ao indivíduo e à sua dignidade<sup>60</sup>, sua conclusão converge para o mesmo ponto apresentado por esse autor: a moral inexistente no sistema capitalista.

Ao privilegiar a institucionalização de ideias religiosas nas atividades cotidianas dos indivíduos, inclusive as econômicas, Weber (2004) enfatiza a dimensão do desencantamento do mundo e da restrição do indivíduo em seu esforço de conhecer o mundo e nele poder se orientar.

Enquanto para Durkheim (1994) o social é concebido como sinônimo de autoridade moral, sendo inexistente a possibilidade de o indivíduo ser pensado e refletido como uma entidade isolada, Weber dramatiza esse isolamento. Para ele, o indivíduo encontra-se desamparado e descrente, estando entregue aos processos sociais; esses processos sociais, por sua vez, são objetivados e, por isso, estão inacessíveis à sua compreensão e controle. A racionalização, a rotinização e o desencantamento com o mundo são os elementos que caracterizam o indivíduo weberiano.

Em síntese, é a racionalização da conduta social que torna o sujeito apto à racionalização econômica, fundamentada no cálculo e na contabilidade moderna. Essa racionalização é resultado do aprisionamento religioso do indivíduo, o qual sente subjetivamente o dever e a ética.

A aplicação da Sociologia compreensiva no tratamento das temáticas relativas à saúde e às profissões da saúde requer, portanto, um entendimento sobre como essa percepção e essa conduta ético-moral podem ser percebidas nas atividades biomédicas.

Ao conceber a realidade social como uma realidade formada por uma diversidade de eventos, os quais nunca se esgotam, é estranha a Weber a ideia da existência de uma perspectiva determinista na produção dos fenômenos sociais, assim como a presença do condicionamento exclusivamente econômico em relação

---

<sup>60</sup> Segundo Freitag (1992), para Marx “... as relações de trabalho existentes entre os homens no interior de um sistema produtivo inviabilizam, pela maneira como tais relações estão definidas, o estabelecimento de relações efetivamente morais (do ponto de vista do sujeito) e éticas (do ponto de vista do todo)” (FREITAG, 1992: 87). Não é na razão que a moral encontra a sua origem, mas na produção. Portanto, se é o sistema produtivo que viabiliza a presença da imoralidade, a existência de relações de produção autenticamente éticas somente seriam possíveis em um novo sistema de organização social, denominado pelo autor de comunismo. É a partir da instituição de relações de trabalho equitativas e justas para todos os membros da sociedade, concedendo-lhes o máximo de liberdade, que se tornaria viável a realização de condições de vida eticamente reconhecidas.

a esses fenômenos. Ao invés de centrar sua análise em critérios de função e disfunção ou, então, com base nos modos de produção dados historicamente, o autor centra sua análise nos sentidos atribuídos a uma determinada ação social e os conflitos e tensões dela decorrentes.

O profissional da Medicina é percebido como um agente social privilegiado, pois cabe a ele aplicar a objetividade de seu saber para resolver as patologias que lhe são apresentadas. Ao concentrar em suas mãos o monopólio legal<sup>61</sup> da prestação de serviços no setor da saúde, o médico depara-se com o pressuposto geral da Medicina moderna: “... o dever do médico está na obrigação de conservar a vida pura e simplesmente de reduzir, quando possível, o sofrimento” (WEBER, 1970: 37). Contudo, em condições concretas de atuação, o médico depara-se constantemente com uma série de conflitos e problemáticas na execução de sua atividade. Se, em termos ideais, apenas os “pressupostos da Medicina e do código penal” impediriam o profissional da Medicina de atender uma determinada situação ou indivíduo, na prática cotidiana “... a decisão quanto a quem será atendido, e como se dará essa atenção, será tomada a níveis alheios à própria medicina” (PEREIRA, 2005: 176). Em outras palavras: a decisão ultrapassa o campo exclusivamente médico, sendo, além de política, fundada em valores provenientes do âmbito cultural, sócioeconômico, dentre outros. De acordo com as conjeturas da ordem médica,

“... o objetivo é, de fato, diminuir o sofrimento e manter a vida, independentemente de que pessoa se trate, mas diante, por exemplo, da escassez de recursos, faz-se necessário decidir a quais homens serão destinados esses recursos tidos como escassos (de acordo com um determinado ponto de vista), de modo a mantê-los vivos e sadios” (PEREIRA, 2005: 176).

O médico, nesse contexto, dificilmente exercerá em situações concretas os ideais mencionados pela Medicina, pois sua ação visa alcançar outros fins. Na vida real, a Medicina pretende “... saber se aquela vida merece ser vivida e em que condições” (WEBER, 1970: 37). Ao contrário, nas sociedades capitalistas, onde dominam os interesses econômicos, outros modelos de orientação decidem em

---

<sup>61</sup> A referência à ideia de monopólio legal é atribuída aqui à Medicina praticada nas sociedades ocidentais.

detrimento dos pressupostos da Medicina, sendo, muitas vezes, divergentes de seus ideais.

Ao apresentar a questão problema a partir de qual valor deve orientar a conduta do médico ou a qual valor ele deverá dar preferência, Weber explica que o profissional da Medicina precisa agir racionalmente, isto é, o comportamento do médico torna-se mais racional na medida em que ele é capaz de escolher a melhor alternativa para alcançar um determinado fim, diante de uma condição específica em que se encontra.

Embora, aparentemente, a prática médica se oriente pelo conteúdo de sentido do ideal de Medicina, convergindo para um comportamento de complementaridade e solidariedade<sup>62</sup>, essa ação pode, também, orientar-se com base em outros critérios normativos, cuja origem encontra-se em outros âmbitos que não os da Medicina. Os sentidos dos atos médicos podem ser definidos não apenas por motivações inerentes ao campo da Medicina, mas também por outras como, por exemplo, as de caráter econômico, burocrático ou político.

A ação médica, portanto, está envolta em uma série de conflitos, interesses e relações de poder. Compreender como um setor da comunidade médica conduz suas atividades em relação a uma determinada situação exige que o pesquisador apreenda os significados dessa ação e, a partir disso, compreenda como eles se articulam nas diversas instâncias da vida social e não apenas no setor da saúde.

### **2.3. O debate contemporâneo sobre ética na perspectiva de Hans Jonas, Habermas e Bourdieu**

Diante dos novos fenômenos sociais, resultantes do desenvolvimento de biotecnologias na área da saúde, é emergente a abertura de um espaço público para o debate sobre os aspectos ético-morais, envolvidos nos novos procedimentos terapêuticos. A preocupação de diversos segmentos sociais em compreender os

---

<sup>62</sup> Para Pereira, os interesses envolvidos em uma prática médica variam e divergem como em qualquer outra relação ou contexto social investigado. Logo, “... não constitui exceção o fato de se tratar de uma relação em que a reciprocidade dos agentes se baseia em conteúdos vinculados à ordem médica. Essa regra orientadora ditada pela medicina e que se impõe sobretudo por razões éticas e legais, é incorporada por eles e aceita como legítima em proporções várias, de acordo com os interesses em jogo divergentes dos daquela ordem. Ou seja, a ação prática poderá se orientar por outros critérios normativos, pertencentes a esferas diversas. A tomada de posição, pelos participantes da relação, poderá, até mesmo, envolver um rechaço implícito dos valores da ordem médica, embora, explicitamente, eles pareçam estar sendo seguidos” (PEREIRA, 2005: 178).

processos oriundos dessas novas tecnologias viabilizou a organização de distintos modelos de análise.

Para Taguieff (1995), o desenvolvimento das pesquisas sobre genética humana e suas possíveis aplicações, desencadeou um processo de reflexão e debate em torno da responsabilidade de cientistas e médicos. A abrangência e a complexidade dos temas abordados (eutanásia, aborto, novas tecnologias reprodutivas e terapêuticas, Medicina regenerativa e nanotecnologia) fizeram com que o desenvolvimento científico e tecnológico passasse a ser acompanhado de um crescente questionamento ético sobre os procedimentos adotados.

Um dessas perspectivas de análise contemporânea defende a tese do princípio da responsabilidade para esclarecer as demandas éticas, através da existência e da transformação do agir humano. Partindo desse pressuposto, Hans Jonas (1990) argumenta que é preciso demonstrar a urgência com que essa transformação do agir humano impele obrigatoriamente a uma transformação do conceito de ética<sup>63</sup>, pois, diante do desenvolvimento técnico-científico-industrial, temas como explosão demográfica, catástrofe ecológica e antropológica e a transformação do indivíduo em objeto através do controle genético e comportamental são cada vez mais debatidos pela sociedade, fazendo transparecer um sentimento de angústia e ansiedade. Nessa perspectiva, Sevè<sup>64</sup> explica que

“... a ética tradicional é aqui ultrapassada. Ela apenas se liga ao homem, quando o que está em jogo é a ordem natural, na sua totalidade. Ela apenas diz respeito ao agora, mas é antes com o futuro que temos de nos preocupar. Ela apenas nos quer virtuosos, quando o que temos de aprender é a ser responsáveis” (SEVÈ, 1997: 195).

A Medicina até então baseada em uma ética de circunstâncias, cujo agir do profissional em saúde estava orientado para o cuidado com o paciente individual, cede espaço a uma Medicina que tem como pressuposto uma ética global, ancorada

---

<sup>63</sup> Hans Jonas (1990) se agarra a um fato e a uma exigência. O fato cuja existência ele quer demonstrar é a transformação do agir humano. A «técnica moderna» teria dado um tal poder ao agir humano que ele se encontraria radicalmente modificado. Sua capacidade de extensão no tempo e no espaço tornada tecnicamente possível afetaria o agir humano na sua constituição: sua própria natureza teria mudado. A exigência cuja urgência Hans Jonas quer demonstrar é a de que essa transformação da natureza do agir humano chama, obrigatoriamente, uma transformação da ética.

<sup>64</sup> Este autor aborda as diferentes concepções e aplicações do conceito de ética no mundo contemporâneo, a partir da realidade francesa.

no compromisso com os pacientes enquanto membros partícipes de uma coletividade, já que as intervenções tecnológicas interferem em toda a humanidade.

Desse modo, a alternativa proposta por Jonas (1990) está centrada na heurística do medo, não pretendendo somente assegurar o futuro físico da espécie humana como uma condição de sobrevivência, mas principalmente preservar e respeitar a integridade humana para além de sua aparência utilitária, destacando a ideia de sujeito como ser capaz de se preocupar.

O princípio da responsabilidade, proposto por esse modelo teórico, percebe o respeito como algo essencialmente recíproco, encaminhando-se para a política pública, ou seja, sua base explicativa é considerada universalista pelo fato de tornar os seres humanos responsáveis concretamente por um *“futuro inacabado”*.

Para Ladrière (2001), a tese defendida por Jonas, em relação ao princípio da responsabilidade, é racionalmente impossível de ser observada no quadro de uma Sociologia da ética, pois ele não sai do campo da Filosofia e o único domínio verdadeiro que explora é o da natureza e o da relação, sem mediação verdadeira da sociedade, do homem com a natureza.

Desse modo, segundo o autor, essa cadeia lógica que vai de um julgamento de valor globalmente negativo relativamente à técnica moderna até a solução de um novo ascetismo, passando pela heurística do medo, não parece aceitável. Que a técnica moderna seja portadora de perigos e de riscos maiores, Ladrière (2001) não o nega, evidentemente. Mas, pergunta-se ele, a dramatização sistemática que é feita dela não seria ela própria perigosa? Esse procedimento, queira-se ou não, induz à reação puramente passional de um rechaço, não da tecnicização da sociedade, mas dessa própria sociedade.

Mesmo que Jonas preconize uma moral e uma política de moderação, sua análise peca no sentido da impossibilidade de rejeitar um aspecto próprio da sociedade sem rejeitá-la como totalidade, uma vez que a tecnicização é um elemento constitutivo dessa mesma sociedade. Essa postura implica, conseqüentemente, um retorno a um estado anterior, fazendo transparecer uma reação nostálgica em relação ao passado e pessimista quanto ao futuro.

Embora Jonas e Habermas partam de um ponto comum - o desenvolvimento das tecnologias para pensar a sociedade atua l- suas perspectivas diferenciam-se ao longo de suas teorias. Enquanto Hans Jonas (1990) parte do princípio da responsabilidade, a discussão apresentada por Habermas (2003) está

centrada no princípio da discussão. Logo, de modo contrário à primeira perspectiva, que preconiza o medo e a renúncia frente às possibilidades que as tecnologias colocam, o segundo modelo tenta refletir sobre essa questão.

A preocupação com as tecnologias biomédicas não implica a renúncia dos postulados da racionalidade prática como princípio orientador da ação humana. Ao contrário, esse postulado é posto diante das mudanças tecnológicas a partir da ética da discussão (Habermas, 2004b). Desse modo, a reflexão, a argumentação e a ação comunicativa que compõem os comitês de ética e bioética dos grupos envolvidos direta ou indiretamente nas pesquisas e aplicações das novas tecnologias são centrais para pensar o desenvolvimento das técnicas biomédicas. A deliberação não está baseada em princípios universalmente estabelecidos, mas em casos analisados, tendo por objetivo traçar uma política da ação (Habermas, 2004a).

Diante de uma sociedade fragmentada, na qual não é possível constituir uma vida ética absoluta, Habermas (2004a) questiona se há alguma possibilidade de autonomia e moral nesse tipo de sociedade. É a partir desse quadro que ele procura entender o atual desenvolvimento da ciência e as suas consequências no cotidiano da sociedade. Partindo de uma discussão filosófica sobre a distinção entre a teoria kantiana da justiça e a ética de ser si mesmo, Habermas (2004a) procura entender a discussão desencadeada pelas técnicas genéticas e o modo como a Filosofia compreende as questões relativas à ética das espécies. A partir desses princípios, discorre sobre a questão da vida correta e a forma como a compreensão filosófica tem tratado essa questão nos últimos anos.

Se até o século XIX, o modelo de análise metafísico oferecia modelos de vida como, por exemplo, a ética e a política, as quais possuíam uma única base, a partir do século passado, a transformação social acelerada reconfigurou essas doutrinas; a partir dessa mudança, a Filosofia não conseguiu mais oferecer respostas absolutas às perguntas sobre as formas de se conduzir individual ou coletivamente. Nesse sentido, perguntas do tipo “o que devo fazer”, que estão imbuídas de questões morais-práticas,

“... são afastadas da discussão racional na medida em que não podem ser respondidas do ponto de vista da racionalidade meio-fim. Essa patologia da consciência moderna requer uma explicação no quadro de uma teoria da sociedade; a ética filosófica, que é incapaz de fornecê-la, tem que proceder terapêuticamente e mobilizar, contra o deslocamento dissimulador dos fenômenos morais

fundamentais, as forças de auto-saneamento da reflexão” (HABERMAS: 2003: 63).

Diante desse processo de mudança social e de desenvolvimento da ciência, a ética e a moral passam a ocupar lugares distintos. A primeira deixa de dar indicações precisas quanto ao conteúdo das ações dos indivíduos. Assim, há a necessidade de uma discussão filosófica em relação aos fundamentos naturais da autocompreensão de pessoas que agem com responsabilidade.

Percebendo a Sociologia como uma forma de integrar o projeto<sup>65</sup> da modernidade, que, na sua análise, encontra-se inacabado, Habermas (1990) busca estabelecer uma síntese explicativa para esse fenômeno, questionando como os sujeitos percebem as normas subjacentes na sociedade e como eles são capazes de modificar tais normas.

Embora o autor aproxime-se do modelo durkheimiano na forma de perceber a Sociologia, distingue-se deste por ver a síntese fundada em valores e não em elementos empíricos, isto é, não como uma verdade positiva, mas como uma verdade definida pelo uso argumentativo da razão. Logo, os indivíduos são concebidos como autônomos, os quais se encontram em um processo público de deliberação, tendo capacidade de construir valores e de construir sua eticidade.

A ação ética, portanto, é fundada na razão; ela é entendida não como um imperativo categórico, mas como uma razão que é capaz de compreender a si mesma a partir da interação. Cada indivíduo sintetiza em si a universalidade na medida em que é posto como sujeito concreto, capaz de interagir entre seus pares (Habermas, 2003). Esse sujeito procura se constituir com antecipação no sentido de deliberação, trazendo normas válidas sob certas circunstâncias, as quais são tidas como verdades metafísicas, quer dizer, como verdades válidas universalmente. A autoridade moral, portanto, torna-se válida apenas quando possui uma “... *pretensão a uma validade universal que vem conferir a um interesse, a uma vontade ou a uma norma*” (HABERMAS, 2003: 68).

O autor parte, desse modo, do princípio de que a moral e a ética são um objeto, representando uma verdade que pode ser conhecida. Sua ênfase recai sobre uma razão reflexiva do sujeito tomado individualmente, ou seja, o indivíduo reflete

---

<sup>65</sup> O projeto da modernidade, segundo Habermas, tem por objetivo compreender as normas válidas em uma sociedade e suas consequências a partir da análise de uma ética discursiva, quer dizer, através da discussão pública sobre os valores, as normas e suas consequências. É nesse processo que se construiria uma ética laica, fundamentada em uma sociedade centrada na ciência.

sobre a moralidade de suas ações em um processo argumentativo. Procurando responder a questão de quem teria a capacidade para enunciar as máximas das ações morais, Habermas propõe o conceito do “*agir comunicacional*”, termo que designa o processo de interação pública pelo qual os participantes de uma sociedade argumentam sobre uma determinada problemática e constroem um acordo, isto é, entram em um consenso. São as normas criadas dentro desse processo argumentativo, as quais são reconhecidas como válidas por todos os integrantes da sociedade, que passam a orientar os planos de ação dos indivíduos.

Vivendo em uma sociedade fragmentada não é mais possível entender a moral a partir do mundo dos fenômenos e dos números. Da mesma forma, o acordo em relação às normas somente é viável a partir de uma discussão pública que seja realizada de forma intersubjetiva. Esse procedimento é regido por dois princípios fundamentais: a discussão, cujas normas somente são validadas quando discutidas publicamente, e a universalização, através da qual as normas podem satisfazer e ser aceitas pelos interesses de todos os indivíduos implicados<sup>66</sup>.

O modelo explicativo elaborado por Bourdieu (2001), por sua vez, concebe a ciência como resultado da ação dos sujeitos no mundo, cuja consequência é a necessidade de decisão. Defende, desse modo, a ideia de um saber embasado na ação.

Contraopondo-se ao saber escolástico, que tem como fundamento o pensamento teleológico, por um lado, e o pensamento dedutivo, por outro, o autor ressalta a necessidade de superar o mecanicismo objetivista, que reduz a prática social à execução inconsciente de regras, de dispositivos ou de estruturas, analisando aquela como um “... *produto da relação dialética entre uma situação e um habitus, isto é, o habitus enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais*” (BOURDIEU, 1983:19). Nessa perspectiva, há a necessidade de compreender o envolvimento do sujeito no mundo.

Seu modelo argumentativo discorda das duas linhas de pensamento explicativas da ação do sujeito. Quanto ao estruturalismo contido na teoria

---

<sup>66</sup> Para Habermas, “... *a tentativa de fundamentar a ética sob a forma de uma lógica de argumentação moral só tem perspectiva de sucesso se também pudermos identificar uma pretensão de validade especial, associada a mandamentos e normas, e isso já no plano em que surgem os primeiros dilemas morais (...). Chamo de comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar os seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade*” (HABERMAS: 2003: 78-9).



funcionalista, Bourdieu (1996) caracteriza essa perspectiva como incapaz de elaborar uma teoria da ação, visto que o indivíduo encontra-se diluído na sociedade; por outro lado, discorda também da tese elaborada por Weber, na qual o sujeito teria a capacidade, através de sua ação, de mudar o curso da história, uma vez que ele é compreendido como um ser autônomo. Para o autor, essa autonomia individual, como sinônimo de ação, constitui-se em uma tessitura social, quer dizer, em um jogo social.

Buscando fugir da visão sistêmica, Bourdieu (1996) argumenta que os agentes sociais, nas relações sociais, buscam uma distinção, uma individualização. Esses agentes somente podem ser entendidos a partir do momento em que o seu discurso é relativizado.

O autor parte de uma teoria da ação fundamentada na noção de interesse que vai além do interesse econômico, visto que ela inclui interesses políticos, culturais e simbólicos. Definindo o campo como uma estrutura ou configuração de relações objetivas entre posições, explica que, no seu conjunto, a sociedade constitui um grande campo social formado por sub-campos relacionados, mas irreduzíveis entre si, como o campo econômico, político, cultural, literário, jurídico, linguístico, etc.

As posições dos atores sociais nesses campos são marcadas a partir da distribuição de capitais entre os agentes e grupos em um determinado campo; as posições diferenciam-se entre dominantes e dominadas, sendo sempre marcadas pelos conflitos e lutas entre os agentes situados nessas posições diferenciadas (lutas para manter ou para transformar as hierarquias e os princípios de hierarquização do campo). Dessa forma, a relação entre campo e *habitus* é uma relação de condicionamento: o campo estrutura o *habitus*, que é o produto da incorporação da necessidade imanente do campo ou de um conjunto de campos. Mas ele é também uma relação de conhecimento ou de construção cognitiva, contribuindo para construir o campo como mundo significativo, dotado de sentido e de valor (Bourdieu, 2005).

Tendo como base o modelo teórico-metodológico apresentado por Bourdieu, surge a possibilidade de que, diante das questões levantadas pelas novas terapêuticas biomédicas, esteja estruturando-se um campo ético, visto que a ética

começa a estar presente nos discursos dos atores sociais como, por exemplo, nos comitês de ética ou de bioética<sup>67</sup>.

Dentre os atuais dilemas éticos e morais levantados pelas novas tecnologias, encontra-se a temática das células-tronco, especialmente quando associada aos estudos de manipulação de células embrionárias. As pesquisas realizadas com esse tipo de célula fazem emergir no contexto da sociedade uma discussão entre a ética de princípios e a ética dos fins. A ação argumentativa elaborada entre essas duas perspectivas éticas possibilita uma nova síntese social.

É nesse sentido que os trabalhos de Habermas e Bourdieu contribuem. No entanto, estes autores enfocam elementos distintos para fundamentar seus pressupostos teórico-metodológicos. Se para Habermas (2004), o argumento central encontra-se na concepção de que o fundamento da ação ética está na razão, porém, uma razão capaz de compreender-se a si mesma através da interação, para Bourdieu (1983) a ação do sujeito é motivada por estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes sociais, e subjetivas, que caracterizam a origem social dos “esquemas de percepção”.

Para o primeiro, a constituição do indivíduo é um processo de socialização e, conseqüentemente, de normatização. Para o segundo, o agente encontra-se investido de um *habitus*, constituído socialmente, que orienta suas ações; logo, possui familiaridade com o contexto e o sentido no qual uma ação determinada encontra-se inserida. Ao contrário de Habermas (2004), que prioriza o raciocínio discursivo, Bourdieu (2001) enfatiza o raciocínio intuitivo. A máxima “age com liberdade”, para Bourdieu, não é estabelecida externa e nem institucionalmente, mas depende dos contextos submetidos a graus variados de valores, por meio dos quais se estabelecem as ações. Logo, enquanto Habermas (2003) percebe que as normas são constituídas na interação estabelecida entre os indivíduos, cujo processo argumentativo tem por objetivo solucionar um conflito moral, para Bourdieu (1983) as ações dos agentes sociais estão inseridas em um jogo de interesses sociais.

Desse modo, partindo do pressuposto de que a Medicina, devido às suas peculiaridades, principalmente no que diz respeito ao seu paradigma, incorpora na

---

<sup>67</sup> Os comitês de ética ou de bioética consistem em grupos de formação interdisciplinar, com representantes das disciplinas que compõem a área da saúde e das humanas, assim como da própria comunidade, os quais têm por finalidade pôr em discussão questões ético-morais referentes aos casos particulares dos usuários do sistema de saúde.

sua prática de maneira mais aberta as inovações produzidas no campo tecnológico, alterando sistematicamente seu conhecimento e sua práxis, é possível arguir que o desenvolvimento de novas tecnologias no campo das terapias exige de seus profissionais atitudes que ultrapassam posturas até então tidas como tradicionais. A Medicina não pode se prender somente à reação aos acontecimentos observados na realidade; ela precisa, antes de tudo, antecipar-se a esses acontecimentos.

Diante do exposto, é fundamental uma reflexão sobre os componentes ético-morais presentes entre os profissionais da Medicina e a maneira como aqueles são utilizados pelos médicos nas tomadas de decisão relacionadas às novas tecnologias na área biomédica, pois o desenvolvimento científico está direcionado para o atendimento de seres humanos, seja direta ou indiretamente.

## Capítulo III

### A INCORPORAÇÃO DO DISCURSO CIENTÍFICO PELA MEDICINA

Os questionamentos suscitados na área da saúde, mais especificamente no campo da Medicina, resultam da progressiva influência da ciência e da tecnologia sobre as mais variadas áreas do conhecimento humano e de suas atividades desenvolvidas no meio social. A inserção dessas descobertas, ao longo das últimas décadas, desencadeou, por consequência, uma série de críticas, as quais vão desde aquelas de tipo econômico até as questões de tipo moral e ético<sup>68</sup> (Echeverría, 2003).

A variedade de elementos que essas tecnologias colocam ao longo de seu desenvolvimento abre caminho para a reflexão sobre a neutralidade da ciência e seu desenvolvimento progressivo, pois além da necessidade de analisar os aspectos estruturais e formais da atividade científica, é imprescindível uma reflexão sobre suas consequências práticas (Echeverría, 2003).

Já para Trigueiro (1997), as biotecnologias “... *significam produtos e processos obtidos mediante a utilização de organismos vivos*” (TRIGUEIRO, 1997:02), antecedendo, como tal, a Era Cristã. Desse modo, para esse autor, a produção de vinhos, queijos, fermentações, etc., é resultado de práticas biotecnológicas, desenvolvidas naquela época.

Contudo, as novas tecnologias no campo da medicina encontram sua base de conhecimento na engenharia genética, tornada possível somente em meados do século XX, a partir da descoberta do DNA<sup>69</sup>. A diferença entre as novas

---

<sup>68</sup> Para Echeverría (2003) “... *houve críticas de tipo econômico, baseadas nos enormes custos de algumas investigações cuja função social é escassa, quando não negativa; outras de tipo ecológico, dadas as graves consequências que determinadas experiências científicas, bem como a aplicação tecnológica dos seus resultados, acarretam para o meio ambiente natural; outras de tipo moral, associadas aos problemas éticos suscitados por linhas de investigação como a biotecnologia, a sociobiologia, a fecundação in vitro, os transplantes de órgãos, a clonagem, etc; bem como críticas de tipo político, que assinalaram a função ideológica e de controle social que determinadas teorias desempenham, sem esquecermos a dependência econômica e tecnológica a que o progresso científico submete os países menos desenvolvidos do ponto de vista da investigação*” (ECHEVERRÍA, 2003: 221).

<sup>69</sup> Entre as principais técnicas que compõem a engenharia genética pode-se citar “... *a fusão celular – fusão de duas células, de modo a permitir seus códigos genéticos a um só híbrido; a técnica do DNA recombinante – introduzida no início da década de 1970, envolvendo a criação sintética de novos*

biotecnologias em relação às aquelas desenvolvidas no período anterior à descoberta do DNA “... é a possibilidade de se exercer um controle mais efetivo sobre os processos biológicos, mediante a atuação direta no nível do núcleo das células e em suas características genéticas básicas, modificando-as de acordo com interesses predeterminados” (TRIGUEIRO, 1997: 03).

Assim, se até determinada época, a saúde era responsabilidade exclusiva do profissional da área da Medicina, esse contexto modifica-se ao longo do século XX. A individualização, a intuição, a subjetividade e a sensibilidade, até então predominantes na relação médico-paciente, passam a concorrer com a tecnologia e a racionalização do trabalho (Pereira Neto, 2001).

Essa mudança resulta da imbricação e superposição de diferentes áreas do conhecimento no que tange às pesquisas e ao desenvolvimento das novas biotecnologias, tornando, por consequência, cada vez mais difícil “... a identificação e delimitação precisa de cada área ou linha de pesquisa” (TRIGUEIRO, 1997: 03).

Segundo Pereira Neto (2001), o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da Medicina no início do século passado, promoveu duas modificações no perfil do atendimento médico. Por um lado, pode-se citar a especialização crescente de seu conhecimento, o qual vai compartimentando-se segundo o tratamento da doença ou a área do corpo. Se, anteriormente, o corpo do paciente era percebido pelo médico como um todo indivisível, essa realidade modifica-se ao longo do século XX, tornando-se cada vez mais necessária a presença de diferentes profissionais para entender a complexidade do organismo humano. Desse modo, “... aos poucos, o trabalho médico assumiu um caráter parcelar, promovendo práticas interdependentes, solidárias e coletivas, pois requeria a intervenção de vários profissionais” (PEREIRA NETO, 2001: 29). Por outro, a inserção do desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças permitiu a introdução de um vasto arsenal técnico, que tornou o diagnóstico e o tratamento mais precisos, aumentando, conseqüentemente, o custo da produção de serviços. Entre outras coisas, isso fez com que o médico deixasse de determinar o preço de seu trabalho, perdendo assim, em parte, o controle sobre seus clientes.

---

*organismos vivos, com características não encontradas na natureza, formadas pela hibridação, em nível molecular, do DNA; e a fusão de protoplastos – referente à união de duas células de espécies vegetais normalmente incompatíveis, em uma nova célula, a qual representa as características das duas anteriores” (TRIGUEIRO, 1997: 03).*

As mudanças observadas nesse cenário, ao qual progressivamente passaram a ser incorporados diagnósticos mais precisos, sendo introduzido um forte aparato técnico, aliado ao assalariamento e à despersonalização da relação médico-paciente de outrora, interferiram na organização do trabalho médico, dando início àquilo que se denomina medicina tecnológica, a qual se torna mais evidente, sobretudo, a partir da década de 50 (Donnangelo, 1975).

Nesse contexto, o desenvolvimento científico e biotecnológico observado nas últimas décadas, principalmente no campo da Medicina e da Biologia, torna premente o entendimento sobre a forma como essas inovações são debatidas e incorporadas pelo corpo dos profissionais da Medicina. Diante do extenso quadro de debates, permeado por diferentes matizes ideológicos, as discussões e reflexões sobre questões morais e éticas, assim como sobre os significados atribuídos à noção de pessoa, indivíduo, eugenia, ambiente, ciência e tecnologia, tornam-se imprescindíveis, uma vez que tanto a Biologia quanto a Medicina trouxeram à tona componentes centrais para a visão do mundo e de ser humano que os indivíduos possuem em determinado momento histórico.

### **3.1. O processo de construção da profissão médica**

Apreender a relação existente entre os profissionais da Medicina e as novas tecnologias implica entender o modo como se deu a organização e o desenvolvimento dessa área ao longo da história.

Por muito tempo, a prática médica pôde ser exercida por qualquer indivíduo que se considerasse apto a cuidar das enfermidades que afligiam a humanidade. Médicos, curandeiros, benzedores, feiticeiros, barbeiros e boticários dividiam o mesmo espaço e a mesma legitimidade no cuidado aos doentes. Quanto aos médicos com formação institucional acadêmica, a eles cabia a responsabilidade de prescrever medicamentos e fiscalizar a prática médica; aos barbeiros e cirurgiões destinavam-se as sangrias que, devido ao caráter manual e feição sangrenta, eram consideradas a parte menos nobre da Medicina.

Segundo Machado (1997), o ato cirúrgico, naquela época, possuía uma posição hierárquica inferior em relação à medicina prescritiva. Desse modo, a cirurgia era menosprezada pelos profissionais cuja formação ocorria em instituições de ensino formal; seu exercício era realizado pelos cirurgiões-barbeiros, oriundos de

camadas sociais desprestigiadas, compostas por indivíduos de pouca cultura, sem prestígio social e mal letrados.

A relação de desconfiança e suspeita por parte do setor profissional em relação ao setor popular<sup>70</sup>, pela qual “... a maior parte dos médicos tendem a ver os curandeiros tradicionais como trapaceiros, charlatões, feiticeiros ou medicastros que representam um perigo à saúde dos pacientes” (HELMANN; 2006: 79) é, portanto, uma construção social recente, produto do cientificismo da Medicina moderna.

As diferentes formas de intervenção do Estado ao longo dos séculos XIX e, principalmente, no século XX, bem como a diversidade de condições históricas, fizeram com que a Medicina, ao longo do tempo, se institucionalizasse como profissão. É a partir do século XIX que ela adquire caráter científico, devido à introdução de métodos de produção de conhecimento fundamentados em bases científicas (Santos, 1995).

Essa transição paradigmática resulta da crise no campo da Medicina que assola vários países, principalmente os Estados Unidos. O grande número de escolas médicas existentes naquele país no final do século XIX e na primeira década do século subsequente bem como a precariedade em que se encontravam essas instituições, uma vez que inexistiam critérios referentes ao tempo de duração, formas de ingresso e de formação, dentre outros, fizeram com que fosse realizado um estudo com o objetivo de avaliar a situação na qual esses cursos se encontravam. Dirigido por Abraham Flexner e divulgado em 1910 pela Fundação Carnegie<sup>71</sup>, o relatório continha informações que orientavam para a definição de critérios e regras comuns para as referidas escolas, aumentando o tempo de formação e uniformizando os padrões de admissão, assim como as grades curriculares dos referidos cursos (Santos, 1995). Além disso, o Relatório Flexner recomendou a incorporação de preceitos de ciência ao ensino médico.

---

<sup>70</sup> De acordo com Helmann (2006), a assistência à saúde nas sociedades complexas é caracterizada pela presença de três setores de atendimento: 1) pelo setor profissional, o qual compreende as profissões formais, organizadas e sancionadas legalmente, tendo-se como exemplo a Medicina; 2) pelo setor informal, cujas características consistem no autotratamento e na difusão dos cuidados à saúde pelos indivíduos leigos; 3) pelo setor popular, considerado como intermediário entre o setor profissional e o setor informal, estando organizado em torno de determinados indivíduos que se especializam em formas de cura, podendo-se citar a Medicina alternativa e os curandeiros populares.

<sup>71</sup> A Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino contratou o professor Abraham Flexner, professor da Johns Hopkins University, para que este coordenasse um estudo sobre as escolas médicas dos Estados Unidos entre os anos de 1906 e 1910.

A aproximação cada vez maior entre a Medicina e a ciência ao longo de todo o século passado provocou uma lenta mudança de mentalidade, principalmente em relação ao ensino médico. É através dele que, pouco a pouco, começa-se a influenciar a forma de atuação profissional, na qual passa a imperar uma visão mecanicista que concebe o corpo como algo divisível em partes, semelhante a uma máquina. Essa abordagem de individualização do objeto está calcada numa perspectiva científicista, cuja influência da Biologia, da Física, da Histologia, da Microbiologia são fundamentais, estruturando uma nova visão do mundo.

Nesse contexto historicossocial que marca todo o século XIX e o início do século XX, observa-se o desenvolvimento de um mercado médico caracterizado pelo atendimento a uma clientela privada, pela emergência de profissionais qualificados para intervirem medicamente, pelo aumento da demanda de cuidados por parte da sociedade e pelo surgimento de uma clínica centrada no diagnóstico, no exame, na terapêutica individual e na moral científica. Aliada a esses fatores, é preciso destacar, ainda, a organização de uma política da saúde, que procura atender às enfermidades que assolam a saúde da coletividade. Dessa forma, *“... a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas”* (FOUCAULT, 2006: 202)<sup>72</sup>.

Devido ao seu entrelaçamento com a ciência, a Medicina passa a ser identificada como uma arena promissora na investigação do papel dos valores e objetivos nas reivindicações do conhecimento científico. Suas preocupações em conhecer de forma completa as enfermidades e intervir eficientemente sobre elas passam a ser suas principais características (Engelhardt, 1998).

Sua linguagem é construída, desde então, a partir de quatro conjuntos de preocupações, também considerados como problemas clínicos. Essa “realidade experimentada”, segundo Engelhardt (1998), é formada por: 1) critérios avaliativos das funções, dores e deformidades que serão definidas como normais ou

---

<sup>72</sup> As mudanças sociais observadas em relação à noção de doença no final do século XVIII, a partir da influência cada vez mais crescente da Biologia, da Física, da Histologia e da Microbiologia na prática médica deram origem a um deslocamento histórico da Medicina clássica, fundamentada na ideia da doença como uma essência abstrata, ou seja, como um elemento desencadeador do desequilíbrio da natureza sadia, para a Medicina clínica, na qual o indivíduo é apreendido como um corpo doente, necessitando de uma intervenção singular. Paralelamente, surge a concepção de uma Medicina social, da doença como problema e do médico como autoridade administrativa fundada na qualidade de seu saber (Foucault, 2004).



patológicas; 2) visões descritivas da enfermidade; 3) modelos explanatórios da doença<sup>73</sup>; e 4) expectativas sociais a respeito das enfermidades ou formas particulares de doença do indivíduo<sup>74</sup>.

A aplicação dessa linguagem ao meio social indica o caráter da realidade médica, considerada como resultante de um complexo jogo de interesses de avaliação, descrição, explicação e rotulagem social. A experimentação dessa realidade médica pela sociedade é formada e orientada por esses interesses. Portanto, a linguagem médica está intimamente associada ao desempenho, visto que a realidade social é modificada pelo profissional da Medicina na medida em que este atribui ao paciente características que o identificam como portador de uma determinada enfermidade. O paciente, a partir desse conjunto de denominações, é colocado em um contexto social ao qual são atribuídas certas expectativas.

Nessa perspectiva de análise, a Medicina é apresentada como uma instituição social que tem o poder de medicalizar a realidade. Por consequência, as dores, deformidades e disfunções passam a receber um valor social, isto é, elas são produto de uma determinada cultura, centrada em um determinado período historicossocial. Fazendo uso das palavras de Helmann (2006) “... o sistema médico (...) não existe em um vácuo cultural e social. Ao contrário, ele é a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu” (HELMANN, 2006: 83). Ou como dizia Parsons: a relação médico-paciente é um sistema social por inteiro.

O desenvolvimento da Medicina moderna introduz, dessa forma, na sua prática, a racionalidade científica. A ênfase nos dados psicoquímicos e na mensuração objetiva e numérica, a ideia de dualidade entre corpo e mente, a perspectiva das doenças como entidades e a atenção voltada para o indivíduo

---

<sup>73</sup> Para Engelhardt (1998), “... os problemas são considerados médicos porque se avalia que sejam parte de um nexo patofisiológico, patoanatômico ou patopsicológico e porque não são considerados como removíveis pela vontade imediata daquele que os sofre. Assim, eles não são problemas legais ou religiosos, mas problemas a serem resolvidos por meio da manipulação dos elementos de uma teia causal especial” (ENGLEHART, 1998: 261).

<sup>74</sup> Na linguagem formadora da realidade social, “... além de descrever e avaliar os problemas como médicos, e explicá-los, os médicos e outros profissionais da área da saúde colocam-nos dentro de práticas sociais. Esses indivíduos são guardiões dos papéis da terapia ou (...) dos papéis sociais. Caracterizar um paciente como doente não é apenas dizer que ele tem um problema que deveria ser resolvido, e que o problema pode ser explicado em termos médicos. Também é colocar aquele indivíduo em papéis sociais onde são esperadas certas reações societárias. (...). Um imperativo terapêutico é estabelecido. Ao determinar que alguém é doente, aceitamos prima facie uma reclamação a respeito dos modos pelos quais a pessoa deveria ser tratada, nos quais a enfermidade é um estado, ceteris paribus, não apreciado, um estado em que as pessoas não desejam estar. Existe assim uma indefectível suposição de que as pessoas doentes querem ser tratadas” (ENGELHARDT, 1998: 273).

paciente e não mais para a família e a comunidade expressam algumas das características derivadas da incorporação do conhecimento científico pela Medicina. Esse desenvolvimento tem como resultado final a Medicina Baseada em Evidências. Nesse sentido, utilizando o conjunto de técnicas apresentadas pela ciência, a Medicina opera a partir da ideia da generalidade de corpos doentes, construindo a doença e não mais as particulares da enfermidade.

Diante dessas transformações ocorridas no saber e no fazer médico, começam a ser atribuídas características específicas à prática médica. Para Corbellini (2003),

“... una prova del fatto che la medicina è oggi caratterizzata, per quanto riguarda le sue base scientifiche, da due diverse filosofie della conoscenza medica emerge abbastanza chiaramente dal dibattito in corso sul significato dell'evidence-based medicine (Ebm). L'Ebm, ovvero la medicina basata sulle prove di efficacia, che nell'ultimo decennio è stata proposta come un nuovo 'paradigma', (...) e assume come metodologia fondamentale per le scelte mediche le prove empiriche ricavate dai trials clinici e dalle metanalisi”<sup>75</sup> (CORBELLINI, 2003: 221).

Enquanto o velho paradigma (Medicina Generalista) estava centrado na ideia de um bom exercício da prática médica, no conhecimento da fisiopatologia aplicada e na experiência pessoal do médico como fatores suficientes para a prática médica, a Medicina Baseada em Evidências encontra-se ancorada na validade estatística, rechaçando todo aquele procedimento terapêutico baseado em conhecimento empírico bruto, na intuição e na tradição ou (o que é um valor caro aos médicos) no espírito clínico ou intuição clínica (Corbellini, 2003).

Além dessa questão, é preciso ressaltar, ainda, as mudanças ocasionadas pela introdução da tecnologia na clínica médica. Esses avanços contribuíram para a tendência de mudança da Medicina no sentido de focar cada vez mais as anormalidades físicas em contraponto aos sintomas, ao estado psicológico ou à origem social e cultural dos pacientes. Um dos resultados desse processo é o crescente uso das definições numéricas para estados de saúde e enfermidade.

---

<sup>75</sup> Tradução livre: “... uma prova do fato de como a máquina é hoje caracterizada, enquanto resguarda a sua base científica, das duas distintas filosofias do conhecimento médico emerge suficientemente clara no debate em curso sobre o significado da Medicina Baseada em Evidências (Mbe). A Medicina Baseada em Evidências, ou seja, a medicina baseada sobre a prova de eficácia, que no último decênio propõe-se como um novo paradigma, (...) e assume como metodologia fundamental para as escolhas médicas a prova empírica extraída dos centros clínicos e das meta-análises”.

Desse modo, segundo Helmann (2006), as tecnologias médicas<sup>76</sup> estão imbuídas de significados, seja para o corpo de profissionais que as empregam, seja para os pacientes que passam delas a depender. Sendo também produtos culturais, elas auxiliam no entendimento de valores sociais, econômicos e históricos que as produziram em dado momento temporal e em determinado lugar. Situando essas tecnologias na área biomédica, pode-se afirmar que elas expressam o desejo da Medicina ocidental de controlar e dominar o corpo, assim como seus processos naturais e suas várias enfermidades.

Essa mudança no campo profissional influencia a inserção da Medicina em importantes dimensões da sociedade, passando a exercitar na esfera das relações de produção tarefas estratégicas. Desse modo, segundo Santos (1995), ela assume duas características: de um lado, começa a ser identificada como um trabalho profissional técnico, cuja base encontra em um conhecimento adquirido através do treinamento e, por outro, revela que o médico adapta-se a um conjunto de normas profissionais. Logo, sua base comporta tanto o conhecimento técnico quanto o científico, visto que a finalidade do treinamento e do estudo intelectual especializado consiste na prestação de serviços aos clientes, ou seja, a prática médica é percebida como produto e aplicação dessa ciência.

### 3.2. Singularidades da medicina no Brasil

Transformadas as condições de formação, mudam também os médicos. No caso brasileiro, a reformulação das escolas de Medicina<sup>77</sup>, em 1832, define os

---

<sup>76</sup> Segundo a análise apresentada por Helmann (2006) “... *muitas das novas tecnologias da medicina têm resultado em impactos significativos, tanto positivos como negativos, sobre a maneira como a própria medicina é exercida. Essas tecnologias influenciam o modo como os médicos diagnosticam e tratam os problemas de saúde e como se relacionam com os pacientes. Elas podem também ter contribuído, de certas maneiras, para o distanciamento entre o paciente e o profissional da saúde*” (HELMANN, 2006: 93). Nesse sentido, o autor destaca que, enquanto no passado o diagnóstico de uma doença tinha como base os depoimentos fornecidos pelo doente (história dos sintomas) e o exame físico do enfermo, a Medicina contemporânea é caracterizada pelo distanciamento cada vez maior do profissional em relação à coleta de informações subjetivas e pela sua aproximação das informações teoricamente objetivas, obtidas através do uso de aparelhos tecnológicos de diagnóstico. Contrapondo-se à educação médica tradicional, a Medicina Baseada em Evidências questiona a figura do médico como um sábio detentor da verdade sobre a saúde do paciente. As intervenções não se baseiam unicamente na dedução das observações ocasionais e nas opiniões de grandes mestres, mas são também orientadas pelas evidências obtidas a partir de experimentos científicos que são conduzidos.

<sup>77</sup> A lei de 3 de outubro de 1832 reformula os parâmetros da formação superior no país, definindo limites transparentes para o exercício da prática médica e reconhecendo a unificação de suas atividades (cirurgião, boticário e físico), assim como o direito do exercício profissional para todos aqueles indivíduos formados nas escolas brasileiras (Santos, 1995).

limites para o exercício da Medicina no Brasil. As atividades de cirurgiões, físicos e boticários passam a ser reunidas em um só corpo, dando início à unidade das atividades médicas. Por consequência, a competência legal sobre a arte de curar passa a ser exclusiva dos médicos que receberam o ensino formal. O prestígio, a autonomia, o status e o poder que esses profissionais vão adquirindo influenciam na consolidação de seu projeto profissional e de seu caráter corporativo (Santos, 1995).

Para Oliveira (1994), o século XIX é caracterizado pela historiografia oficial como um período de grandes transformações positivas no país, pois,

“... avec l'arrivée de la 'Cour la situation souffre une modification significative. La Famille Royale et as suite d'aristocrates augmentent de pres d'um tiers la population de Rio de Janeiro. Em plus, il s'installe un contingent important de diplomates, de commerçants étrangers et de familles rurales qui commencent à venir dans cette ville. La pression démographique et les exigences hygiéniques de la nouvelle couche urbaine accélèrent les nécessitée de chagement. La médecine est plus fréquemment sollicitée. Como elle possède des méthodes, des objectifs et des techniques plus avancées, elle supprime em peu de temps l'inefficacité de la bureaucratie' dans la resolution des problèmes de santé de la ville”<sup>78</sup> (OLIVEIRA, 1994: 26).

Ao mesmo tempo em que os papéis da Medicina são redefinidos ao longo do final do século XIX e no início do século XX, surgem, paralelamente, mudanças no cenário político<sup>79</sup>. A trajetória do país é marcada por fortes conflitos, não só entre

---

<sup>78</sup> Tradução livre: “... com a chegada da Corte, a situação sofre uma modificação significativa. A Família Real e o séquito de aristocratas aumentam rapidamente em um terço a população do Rio de Janeiro. E mais, instalam um contingente importante de diplomatas, de comerciantes estrangeiros e de famílias rurais que começam a se mudar para a cidade. A pressão demográfica e as exigências higiênicas da nova camada urbana aceleram as necessidades de mudança. A Medicina é mais frequentemente solicitada. Como ela possui seus métodos, seus objetivos e suas técnicas mais avançadas, ela substitui em pouco tempo a ineficácia da burocracia nas resoluções dos problemas de saúde da cidade”.

<sup>79</sup> Para Pereira Neto (1995), esse período representa para a profissão médica uma crise, que traz em seu bojo duas características: “... a redefinição da base cognitiva da medicina e a reestruturação do mercado de serviços de assistência médica” (Pereira Neto, 1995: 603). Analisando as fontes documentais pertencentes ao Congresso Nacional dos Práticos de 1922, esse autor explica a preocupação da categoria médica em relação às mudanças observadas no cenário nacional, especialmente na participação, cada vez mais crescente do Estado no delineamento dos serviços de assistência à saúde. A intervenção estatal na área da saúde, assim como em outros setores da sociedade como a educação, a segurança, etc., a partir desse período, não se restringe somente à gestão, mas também à produção de bens e serviços. Dessa forma, “... as políticas de saúde pública tiveram um papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro de intervir sobre o território nacional, durante a Primeira República (...). As políticas de saúde, seja em sua configuração preventista – expressa através das campanhas urbanas e rurais de saneamento e profilaxia (...) -, seja no modelo assistencial-pronto-socorrista-previdenciário, traduzem, em boa parte, as intenções do Estado como gestor e produtor de serviços, desde a Primeira República” (PEREIRA

diferentes grupos sociais como também entre o Estado e setores da sociedade civil. Analisando a realidade brasileira naquele período, Santos (1995) expõe o processo de construção da profissão médica no país, assim como o contexto cultural e político no qual ela estava inserida. Se, em um primeiro momento, a vinda da família real possibilitou uma ruptura com o período anterior, no qual médicos, charlatães e curandeiros exerciam suas atividades sob iguais condições, instaurando, assim, as prerrogativas necessárias para a fundação das primeiras escolas de Medicina, o início do século XX é marcado pelo processo de urbanização e, conseqüentemente, pela diversificação das demandas sociais e da organização das atividades profissionais. É nesse contexto que a profissão médica se organiza<sup>80</sup>.

Pereira Neto (1995, 2001), da mesma forma que Santos (1995), analisa a conjuntura histórica que cerca as mudanças sociais e políticas observadas na sociedade brasileira de então. Para esse autor, a década de 20 do século passado reúne os principais elementos que suscitaram a gênese do lento processo de transformação da Medicina, tanto no que diz respeito ao seu componente cognitivo quanto ao seu mercado de trabalho. A relação entre o profissional e o paciente não continha nenhum outro intermediário que estipulasse o modo como deveria ser conduzida a prática, seja no que diz respeito ao tempo, forma ou valor da consulta. Percebendo o corpo como indivisível, o clínico geral baseava seu trabalho na habilidade e sensibilidade, cujas atividades representavam um espelhamento em relação à Medicina desenvolvida no mundo; contudo, desenvolvida aqui com certo atraso.

As primeiras décadas do século XX trazem, no entanto, alterações no trabalho médico, cuja raiz encontra-se no desenvolvimento científico. Este passa a promover, por consequência, a especialização da prática médica e a introdução de tecnologias no diagnóstico e no tratamento de certas enfermidades.

Aliada a estas questões, é preciso citar, ainda, a oposição, no decorrer de meados do século XIX e ao longo das três primeiras décadas do século passado, entre as propostas dos médicos sanitaristas, inseridas no processo de modernização

---

NETO, 2001: 28). Paralela a essa questão encontra-se, ainda, uma lenta mudança na produção do conhecimento médico e de seu mercado de trabalho.

<sup>80</sup> Um exemplo dessas transformações é a organização dos profissionais médicos em associações e sindicatos, nos anos subsequentes, cuja demanda estava voltada para a organização de seus interesses profissionais, relacionados com “... o domínio do conhecimento e com o monopólio do mercado de serviços de assistência médica que entediavam estar abalado” (PEREIRA NETO, 1995: 103).

econômica e de intervenção no espaço social que caracterizaram o final da República Velha e os personagens políticos formados pelo movimento positivista, os quais eram muito ativos no Congresso Nacional, assim como nas campanhas de opinião pública propagadas pelo Apostolado Positivista do Brasil. A ideia de liberdade espiritual estava no núcleo de sua doutrina, incluindo o livre exercício da profissão por todos aqueles que se julgassem habilitados para uma prática profissional (Oliveira, 1994).

A forte presença dos positivistas nos meios políticos gaúchos desde meados do século XIX, culminando com seu férreo controle sobre o governo provincial, desde a Proclamação da República até 1930, marcará profundamente a trajetória da profissão médica no Rio Grande do Sul.

### **3.3. A profissionalização da Medicina no Rio Grande do Sul**

Da mesma forma como se estabeleceram os embates e demandas relacionados ao campo médico no cenário nacional, o estado do Rio Grande do Sul também viveu esses conflitos.

Analisando a especificidade da história política desse estado, o embate entre médicos e governo pôde ser observado até a década de 30, fator que influenciou sobremaneira a constituição de identidade profissional médica, marcada fortemente pelos valores internos da profissão.

Para Coradini (1997), a prática da Medicina no Rio Grande do Sul como profissão e atividade de elite é recente se comparada à sua atividade e *status* social nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro<sup>81</sup>. Para esse autor, os componentes constituintes do seu processo de elitização profissional nasceram entre 1851 e 1915, tendo como principais marcos a criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre<sup>82</sup>, em 1898, e a organização de seus órgãos representativos corporativos

---

<sup>81</sup> Para o autor, o ensino médico nesses estados remonta ao século XIX, sendo constituído, ainda, no período Imperial, ao contrário do Rio Grande do Sul, cuja fundação da Faculdade de Medicina ocorreu próximo à instalação da República, sendo, dessa forma, marcada pelos ideais que acompanharam a Proclamação da República.

<sup>82</sup> Coradini (1997) explica que “... as partes envolvidas na institucionalização do ensino oficial e do exercício profissional da medicina no estado, no final do século passado, eram os farmacêuticos diplomados que lutavam pelo monopólio profissional, numa fase em que a farmácia já ingressava numa fase industrial, e os médicos, que se opunham ao exercício ‘profissional’ dos não diplomados, especialmente das parteiras (ou aparadeiras)” (CORADINI: 1997: 267). A criação das faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, por sua vez, tem seus antecedentes históricos ligados às necessidades imperiais, ou seja, a partir de 1908, a criação dessas instituições de ensino está

através da associação e do sindicato médico, assim como dos “... organismos públicos a ela vinculados” (CORADINI, 1997: 267).

Essa institucionalização da Medicina entra em conflito com os interesses do governo gaúcho, marcados pelos ideais positivistas<sup>83</sup>. A demarcação da prática profissional é objeto de constante discussão entre os médicos no estado, cujos interesses estavam voltados para a delimitação do mercado de trabalho e para a hegemonia do prestígio social. Uma das saídas encontradas para a execução desse objetivo foi a desqualificação dos “médicos” que não frequentaram uma escola de Medicina, assim como das parteiras e de outros profissionais da saúde<sup>84</sup>. Sua principal reivindicação consistia na ideia de exclusividade na “arte de curar”, devido à especificidade de sua formação, fundamentada no conhecimento científico e academicamente organizado.

É somente a partir da segunda geração de republicanos, os quais possuíam

*“... uma visão mais nacional e menos regional da política, menos positivista e mais pragmática e flexível quanto à conduta partidária, (...), [que] as possibilidades de negociação desse grupo sobre os princípios positivistas, como a liberdade profissional, [passam a ser] maiores e mais abrangentes que as da geração anterior” (WEBER, 2003: 107).*

No entanto, o processo de mudança observado não foi automático. Paralelamente à ação desencadeada pelos integrantes do governo estadual, observou-se a atuação de pessoas ilustres da sociedade, como mediadores do diálogo entre a categoria médica e o presidente do estado no período.

Ao mesmo tempo em que se dava o diálogo e as discussões acima mencionados, grupos de médicos formados e que atuavam no Rio Grande do Sul intensificavam suas intervenções com o objetivo de regulamentar a profissão, a qual

---

vinculada à “... necessidade premente de formar profissionais com o objetivo de ocupar postos na burocracia do Estado, já que, com a ocupação de Portugal pelas tropas de Napoleão, o staff estatal brasileiro deveria ser formado no próprio território” (MACHADO, 1997: 52).

<sup>83</sup> Salienta-se que “... o papel desempenhado pela Constituição estadual vigente, que, por sua inspiração positivista, pretendia abolir os ‘privilégios’ de diplomas escolásticos e acadêmicos” (CORADINI, 1997: 267).

<sup>84</sup> O que não impediu a existência de eminentes médicos positivistas. Alguns dos quais, como Protásio Alves e Carlos Barbosa, tiveram atuação destacada no regime político positivista.

era percebida como fundamental para a defesa de seus interesses. A realização do 9º Congresso Médico Brasileiro em Porto Alegre, em 1926, e a fundação do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, nos anos seguintes, representam alguns dos acontecimentos que indicam as ações exercidas por esses profissionais em relação à liberdade profissional, os quais solicitavam um “... decreto que regulamentasse a profissão ao diretor geral da Saúde Pública e [sugeriam] (...) ao governo provisório a necessidade de extinguir a interpretação de liberdade profissional” (WEBER, 2003: 108). Como consequência, inicia-se uma série de ataques contra os “charlatões” e os médicos estrangeiros.

É somente em 1938, após a reorganização dos serviços de higiene e saúde pública no estado e da forte campanha de denúncia ao charlatanismo e curandeirismo, que os médicos formados conquistam espaço e são reconhecidos oficialmente, efetivando-se como os únicos profissionais autorizados a exercer a Medicina<sup>85</sup> (Weber, 1999).

A forma como se deu o processo de construção da profissão médica no Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul, foi determinante para a tomada de certos tipos de posicionamento de seus integrantes, cujas origens são encontradas em planos subjetivos de sua trajetória de afirmação do projeto profissional; conseqüentemente, esses elementos concorrem positivamente ou mesmo negativamente para as mudanças necessárias ao setor.

---

<sup>85</sup> Coube ao Interventor do Estado, o insuspeito *castilhista* Gal. Flores da Cunha, fazer a autocrítica dos “excessos” cometidos em nome do positivismo radical de seu mestre. Falando “de improviso” ao final da sessão de abertura do Congresso Médico Sindicalista, o Interventor foi claro: “(...) não me forro ao dever de responder a um trecho de sua liminosa peça oratória [do presidente do Sindicato que o precedeu]. É aquela em que fez referência a estes 40 anos de liberdade profissional no Rio Grande do Sul e ao descaso em que os poderes públicos se mantiveram pela fiscalização do exercício das profissões liberais, pela coibição de formidáveis abusos que foram neste Estado praticados pelos licenciados de diferentes profissões. Fui, antes e depois de minha mocidade, um defensor acérrimo da liberdade profissional. Republicano castilhista que nasci, não porque tivesse adotado, por fanatismo partidário, os ideais comteanos, neste Estado, de fácil pregação, mas porque acreditava que o monopólio científico era anti-humano, antipático; e, por isso, admiti com fervor a liberdade profissional mais condizente com a dignidade humana. Mas tenho a coragem de vir hoje, aqui, dizer sem penitenciar-me, sem contrição, que essa longa e dolorosa experiência de 40 anos, fizera-me modificar, refocar, revisar as minhas idéas e os meus princípios que eram em favor da liberdade profissional. (...) Mas nunca demais será da minha parte dizer que eu sou um enamorado da minha terra e da minha gente, porque não me animam sentimentos de faccionismo e de bairrismo estreito. Prometo que, sem tergiversações, a lei federal regulamentando a profissão médica será executada no Rio Grande do Sul” (EXPOSIÇÃO MEMÓRIA MÉDICA RS, 2004).



### 3.4. *Habitus* médico e novas tecnologias terapêuticas

O debate existente entre os médicos brasileiros e o movimento político da sociedade observado no país ao longo da primeira metade do século XX influenciou de forma decisiva na construção do pensamento moral e ético da comunidade profissional. Enfatizando a singularidade da experiência moral na constituição de profissões organizadas em situações sociais específicas, Oliveira (1994) analisa o modo através dos quais os aspectos formais de organização profissional se concretizam historicamente na incorporação de elementos cujo valor é partilhado entre os indivíduos na constituição de uma sociedade.

A existência de um estado centralizador, alicerçado na anulação da vontade e da autonomia do sujeito social, faz surgir um modelo de ação de tipo estratégico, o qual impede a emergência de valores capazes de engendrar uma ética de responsabilidade na condução de negociações com as demais entidades estatais e civis (Oliveira, 1994).

Esse contexto, observado no cenário nacional durante o período histórico de profissionalização do campo médico, é percebido no debate que marcou aquele período, assim como na construção da identidade profissional médica. Para Rego (1995), a discussão sobre o processo de formação do profissional em Medicina não pode se limitar ao debate dos aspectos técnicos unicamente. Ao contrário, “... *ser médico implica estabelecer relações com clientes que necessitam confiar não apenas no conhecimento técnico do profissional, como também ter a certeza de que será respeitado em sua privacidade*” (REGO, 1995: 119), visto ser a Medicina uma atividade perpassada pelo sistema social, cuja privacidade consiste em um valor social intrínseco às relações interpessoais. Desse modo, a relação que o profissional da Medicina estabelece, em seu dia-a-dia, com os demais colegas da equipe de saúde, orienta a sua conduta. Esse conjunto de valores, ideias e padrões de comportamento é compartilhado e transmitido entre os membros da profissão. São essas normas e padrões que “... *definem as características de atitudes e condutas técnicas morais, apontando o que é desejável, permitido ou proscrito, codificando os valores da profissão*” (REGO: 1995: 120).

Da mesma forma, o relacionamento com os demais colegas, sejam eles da mesma especialidade ou pertencentes à moderna equipe de saúde, as experiências vivenciadas em sala de aula e nas aulas práticas, levam a um processo

de socialização dos estudantes de Medicina. O estabelecimento dessas relações implica uma determinada conduta profissional, embasada em um,

“... conjunto de idéias, valores e padrões que são compartilhados e transmitidos entre os membros da corporação. Estas normas e padrões definem características de atitudes e condutas técnicas morais, apontando o que é desejável, permitido ou prescrito, codificando os valores da profissão” (REGO, 1995: 119-120).

A discussão sobre o processo de socialização do profissional, assim como sobre as habilidades e os conhecimentos adquiridos específicos à área, deve ser dar *pari passo* com as experiências que esses sujeitos vivenciam fora dos limites da escola médica e do campo profissional.

Para Moura (2004), a construção do *habitus* médico pode ser explicada a partir da existência e confluência de uma série de fatores, através dos quais

“... a profissão médica instituída apropriou-se progressivamente de um bem social, produzindo um conhecimento de base científica que estrutura uma prática, que tem valor econômico e político e que responde a uma necessidade universal da sociedade, ou seja, uma necessidade que atinge todos seus agentes individualmente” (MOURA, 2004: 19).

Por consequência, as relações entre a Medicina, entendida como um agente social coletivo, e o conjunto da sociedade são perpassadas por oscilações entre tensões e harmonia, dominação e subordinação, antagonismos e cooperações (Moura, 2001).

Tais relações com os demais agentes da sociedade (pacientes, demais profissionais da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) desencadeiam uma apropriação dos saberes adquiridos, fazendo com isso com que a Medicina os utilize como uma fonte de poder e “... como uma estratégia de dominação e hegemonia no campo da saúde” (MOURA, 2004: 19).

Kaufmann (2003), em seu estudo sobre os aspectos condicionantes dos doadores de órgãos, caracteriza as mudanças ocorridas na instituição hospitalar e o modo como isso influencia as relações entre o corpo de profissionais, assim como entre estes e os pacientes.

Nesse sentido, de acordo com Freidson (1978), a Medicina adquiriu, com o tempo, o direito exclusivo no cuidado à saúde, situando-se nesse campo como

disciplina responsável pelo controle da divisão do trabalho nessa área, ou seja, ela passa a controlar todas aquelas ocupações que estão sob o seu controle, conhecidas como paramédicas<sup>86</sup>.

Esse controle manifesta-se de diferentes formas, atribuindo um caráter hierárquico às atividades desempenhadas pelos integrantes da moderna equipe de saúde. A relativa falta de autonomia, autoridade, responsabilidade e prestígio são algumas das características que distinguem essas ocupações dos profissionais da Medicina. Logo,

“... las ocupaciones paramédicas no son meramente parte de una división del trabajo diferenciada tecnológicamente, sino, y esto es lo más importante, parte de una división del trabajo organizada en torno de una profesión dominante central y controlada por ésta misma”<sup>87</sup> (FREIDSON, 1978: 63).

Uma vez mantendo o domínio e influenciando diretamente em relação ao seu campo de ação, assim como sobre todas aquelas ocupações que se aproximam dele, a Medicina moderna detém o monopólio exclusivo no tratamento de enfermidades, garantido pela conjunção da associação profissional e pelo apoio do Estado<sup>88</sup>, assim como pela legitimação pública, que confere à profissão a importância de seus serviços.

Constituídos como autoridades legais no processo do trabalho hospitalar, são os médicos os responsáveis pela determinação do ritmo de trabalho dentro da instituição, assim como pelos procedimentos e os instrumentos utilizados e as decisões sobre casos clínicos. Tendo presente a ideia de que os médicos não se submetem totalmente à estrutura hierárquica, observa-se que

---

<sup>86</sup> Segundo Freidson (1978), “... el término ‘paramédico’ se refiere a las ocupaciones organizadas en torno al trabajo de la curación y son controladas fundamentalmente por médicos” (FREIDSON, 1978: 62). Tradução livre: “... o termo ‘paramédico’ refere-se às ocupações organizadas em torno do trabalho de tratamento de doenças e são controladas fundamentalmente pelos médicos”.

<sup>87</sup> Tradução livre: “... as ocupações paramédicas não são meramente parte de uma divisão do trabalho diferenciada tecnologicamente, senão, e isto é o mais importante, parte de uma divisão do trabalho organizada em torno de uma profissão dominante central e controlada por ela mesma”.

<sup>88</sup> O papel do Estado consiste no fato de este converter “... en ilegal la competencia de otros trabajadores con los médicos y otorgó a éstos el derecho a dirigir las actividades de las ocupaciones afines” (FREIDSON, 1978: 61). Tradução livre: “... em ilegal a competência de outros trabalhadores que não médicos e de outorgar a esses o direito de dirigir as atividades das ocupações afins”.

“... sendo as aptidões técnicas de caráter pessoal, as amplas possibilidades de determinação dos procedimentos e a natureza multifacetada dos problemas, não existe um domínio fixo de suas ações, acomodando-os em um conceito de autonomia elástica. Nesse conceito, o indivíduo pode dispor de autonomia enquanto possuir o poder de controlar o próprio trabalho e ser responsável pelas ações que realiza, conceito este que se liga a uma perspectiva de independência ética” (KAUFMANN, 2003: 30).

Tais características expressam o fato de o médico constituir-se como um indivíduo singular, portador de um conjunto de padrões adquiridos de pensamento, gosto e comportamentos observados na ação social concreta. Esses fatores que ligam as estruturas sociais abstratas e a prática profissional emergem a partir de um conjunto de valores, ideias e padrões que são compartilhados e transmitidos entre os integrantes da profissão, definindo suas atitudes e condutas morais e codificando os valores da corporação em relação àquilo que é desejável, permitido ou proscrito<sup>89</sup>.

Esses elementos de ordem subjacente interpõem-se com a prática médica. Desse modo, as novas técnicas e a legalização de suas práticas não são suficientes para conquistar ou impor adesões em relação aos profissionais da Medicina, uma vez que estes trazem incorporadas formas de sociabilidade distintas, fortemente apoiadas na autonomia formal do profissional.

Embora Freidson (1978) apresente o ponto de vista da caracterização do *habitus* médico adquirido através da combinação entre o treinamento no conhecimento formal e o credenciamento exclusivo no acesso às posições no mercado de trabalho, a proposta deste estudo consiste em saber como as demais instâncias da vida social interferem sobre esse processo de profissionalização.

---

<sup>89</sup> “A socialização de adultos inclui mais do que habitualmente é descrito como educação e treinamento, sendo útil pensar no processo de aquisição da função em duas classes principais: aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo e indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos de contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde. (...). É claro que nem tudo o que é ensinado nas escolas médicas é aprendido pelos estudantes, assim como nem tudo que eles aprendem é ensinado lá. Este processo está fundamentado não apenas na observação e assimilação do padrão ou mesmo do exemplo deliberado, mas também – e pode ser a forma mais duradoura de aprendizado – indiretamente, como resultante de seu envolvimento naquela sociedade de staff médico, colegas estudantes e pacientes que constituem a escola médica como uma organização social” (REGO, 1995: 120).

**PARTE II****BIOTECNOLOGIA E PROFISSÃO MÉDICA: UM ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE  
A RECEPTIVIDADE DE UM SETOR DA COMUNIDADE MÉDICA DO RIO  
GRANDE DO SUL ÀS NOVAS TECNOLOGIAS TERAPÊUTICAS**

## Capítulo IV

### O CAMPO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em diferentes espaços de trabalho dos profissionais médicos. Tendo por objetivo principal compreender a receptividade de um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul às novas tecnologias terapêuticas, especialmente em relação àquelas voltadas para o estudo sobre células-tronco, optou-se por eleger lugares variados para a coleta de dados. Essa decisão foi tomada com base na hipótese de que, dependendo do campo, ou dos campos, no qual o profissional encontra-se inserido, sua reação a esse tipo de tecnologia poderia ser mais ou menos cética. Nesse sentido, a proposta central do respectivo estudo buscou contemplar a maneira pela qual o discurso dos sujeitos da pesquisa é construído, dependendo do espaço e do contexto no qual ele é produzido.

As informações, coletadas entre julho de 2006 e janeiro de 2008, foram obtidas através de entrevistas qualitativas em profundidade realizadas em instituições médico-hospitalares, laboratórios de pesquisa, instituições de ensino, consultórios e residências da população-alvo da pesquisa, na região metropolitana e no interior do estado do Rio Grande do Sul. Também foi possível acompanhar as atividades realizadas durante o Primeiro Simpósio Regional de Pesquisas sobre Células-Tronco, realizado na cidade de Santa Maria, em junho de 2007, e efetuar entrevistas com biólogos, especialistas em genética, envolvidos nas pesquisas de base pertinentes à temática, que atuam no Rio Grande do Sul.

Conforme Bauer e Gaskell (2002) “... os fenômenos sociais se apresentam diferentes na medida em que eles são enfocados de diferentes ângulos” (GASKELL; BAUER, 2002: 483). Logo, cada instrumento de coleta de dados permite descobrir as evidências que marcam a realidade sob um aspecto determinado, não tendo a capacidade de cercá-la em sua totalidade. A fim de superar tais inconsistências, características do método qualitativo, é necessário apelar para aquilo que os autores chamam de triangulação de perspectiva e métodos teóricos, procedimento que permite uma maior reflexividade sobre o objeto de pesquisa. Com base nesse aspecto, explica-se, então, a busca de informações e dados por meio da utilização

de diferentes instrumentos e formas de abordagem acerca da problemática proposta neste estudo.

#### **4.1. Procedimentos éticos no desenvolvimento da pesquisa**

Falar em ética e pesquisa nas Ciências Sociais exige uma reflexão de ordem metodológica por, no mínimo, duas razões: devido aos métodos privilegiados por esta área de conhecimento, como a etnografia, as entrevistas, etc., e em razão da defesa do relativismo cultural, o qual não deve servir para encobrir o desrespeito aos direitos humanos.

É preciso ressaltar, contudo, que o debate sobre os procedimentos éticos na pesquisa dessa área de conhecimento tornou-se premente a partir dos anos oitenta, período marcado pela série de mudanças sociais observadas no país, deflagradas pela reabertura política. Dessa forma, as exigências éticas crescem tanto por parte da sociedade quanto por parte da academia, seja em relação à realização e à divulgação dos resultados de pesquisa, incluindo o registro e a divulgação de imagens, seja em relação às discussões sobre os direitos dos sujeitos da pesquisa e os cuidados a serem observados pelos pesquisadores.

Embora a preocupação com os procedimentos éticos tenha surgido primeiramente nas Ciências Naturais devido às características e particularidades existentes nessa área, pensar o delineamento ético na produção de conhecimento sociológico e antropológico demanda uma atenção para as peculiaridades existentes na relação entre pesquisador e pesquisado.

A pesquisa nas ciências da saúde está ancorada em três princípios éticos, basicamente: a beneficência, que busca refletir sobre os riscos e benefícios de uma determinada prática de pesquisa, objetivando o mínimo de danos e riscos aos indivíduos ou grupo pesquisado e o máximo de benefícios a esses agentes; o respeito à pessoa e à sua autonomia, almejando, assim, a busca da dignidade e a defesa de sua vulnerabilidade; e a justiça e equidade, ponderando sobre a relevância social da investigação e o ônus que esta pode trazer para a comunidade estudada (Resolução CNS, Nº 196/96, apud Sarmiento, 2002).

Desse modo, a avaliação do projeto baseia-se em quatro pontos: a qualificação da equipe de pesquisadores, a qualificação do próprio projeto, a avaliação da relação risco-benefício e o uso do consentimento livre e esclarecido.

Nas Ciências Sociais, ao contrário, os dados são obtidos através de instrumentos qualitativos como entrevistas em profundidade, observação, etnografia. Os sujeitos das pesquisas são percebidos e tratados como pessoas, isto é, como entidades culturais, e não apenas como seres humanos, quer dizer, como entidades biológicas. É preciso, por isso, ter outra concepção de ética, já que as pesquisas não interferem nos corpos, mas os exploram a partir das concepções de seus interlocutores. Como o método é diferenciado daquele utilizado pelas Ciências Naturais, o cientista social busca, através das abordagens qualitativas “... *incorporar significado e intencionalidade como inerentes aos atos e reações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas*” (MINAYO, 1994).

Desse modo, os parâmetros centram-se no respeito pelas pessoas e grupos humanos, no respeito pelos seus costumes, comportamentos e práticas, bem como no respeito pela diferença e alteridade, cujos trabalhos são orientados através dos direitos dos pesquisadores, dos direitos das populações e das responsabilidades dos sociólogos e antropólogos.

Se as pesquisas nas Ciências Naturais e nas Ciências Sociais são similares em muitos aspectos, pois ambas envolvem questões éticas que precisam ser consideradas, é necessário, porém, tensionar que essas questões éticas são diferenciadas. Para Cardoso de Oliveira (2004), as investigações envolvendo seres humanos são caracterizadas por uma distinção fundamental: enquanto as pesquisas *em* seres humanos imprimem a ideia de intervenção sobre o corpo biológico, sendo provenientes dos setores médicos, as pesquisas *com* seres humanos remetem à ideia de interação entre atores e grupos sociais, caracterizando os estudos das Ciências Sociais. Consequentemente, os riscos procedentes de cada uma dessas práticas investigativas também são diferenciados. A ausência de cuidados éticos na execução de trabalhos nas Ciências Sociais pode resultar em riscos físicos (violência), psicológicos (vergonha, culpabilidade, estresse emocional), sociais (estigmatização, discriminação, conflitos interpessoais e entre comunidades) e econômicos (dificuldades do sujeito pesquisado ingressar no mercado de trabalho, de manter-se no emprego atual ou futuro, no acesso a seguros de saúde, etc).

Partindo desse contexto analítico, os procedimentos éticos adotados nesta pesquisa buscaram fundamentar a relação dialógica entre pesquisador e pesquisado. Como os dados empíricos foram coletados em diversos lugares, como



laboratórios, consultórios, residências dos entrevistados, etc., a preocupação central foi esclarecer as diferenças metodológicas existentes entre a pesquisa nas Ciências Sociais e a pesquisa nas Ciências da Saúde, visto que os pesquisados em questão eram profissionais da Medicina, sendo que muitos deles estavam envolvidos diretamente com investigações de cunho científico.

Logo, ao contrário de outras pesquisas sociológicas e antropológicas, cujos sujeitos analisados estão inseridos em camadas populares ou, então, desconhecem as singularidades do campo da ciência, os atores sociais aqui investigados encontram-se numa relação de equidade com o pesquisador, pois conhecem os meandros de uma pesquisa. A diferença encontrada refere-se ao objeto de estudo e ao método utilizado por cada uma das áreas. Enquanto os profissionais da saúde buscam através de seus trabalhos intervir na realidade investigada, os cientistas sociais pretendem compreender as interações e estruturas desenvolvidas nessa realidade.

Levando em consideração esses aspectos, o contato com cada um dos entrevistados para a coleta das informações ocorreu cerca de quatro vezes. Num primeiro momento, os informantes eram esclarecidos por telefone, e-mail ou pessoalmente sobre o problema e os objetivos do referido estudo, pedindo-se a permissão para a realização da entrevista. Uma vez consentida, esta era realizada nos horários e locais definidos pelos pesquisados. Saliencia-se que, nesse momento, novamente eram explicados os objetivos da pesquisa, enfatizando-se os procedimentos metodológicos pertinentes ao modo como os dados seriam analisados, visto que o método qualitativo causava certo estranhamento aos médicos. O consentimento livre e esclarecido permitindo, ou não, o uso das informações colhidas para a produção desta tese era fornecido após a leitura da entrevista (transcrita literalmente) pelos entrevistados.

Essa maneira de proceder foi adotada pelo fato de permitir ao entrevistado a possibilidade de este aproximar-se um pouco do método sociológico, possibilitando o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir após a finalização da entrevista. Isso tornou-se visível no momento em que os entrevistados relatavam sua surpresa em relação à forma de transcrição do material coletado em campo e seu desconhecimento sobre a maneira como esse material seria utilizado para fins de análise. Tal prática tornou possível uma maior aproximação entre sujeito e pesquisador, quando, no quarto contato estabelecido, a fim de buscar o material

transcrito, o investigador tinha a possibilidade de dialogar novamente com o sujeito da pesquisa.

Essa prática dialógica partiu de uma perspectiva não normativa; ao contrário, proceder eticamente não significa unicamente ter a posse formal de um termo de consentimento livre e esclarecido, geralmente aplicado na mesma data da realização da entrevista. A necessidade de confiança no pesquisador por parte da população investigada é fundamental para a produção de conhecimento nas Ciências Sociais. Essa confiança só é exequível quando o próprio entrevistado tem a oportunidade de refletir acerca das informações relatadas ao longo da entrevista, podendo, assim, decidir sobre o “destino” que irá dar a esses dados.

A relação entre pesquisador e pesquisado, portanto, é marcada pelo envolvimento, pela participação e pela complexidade (Demo, 2001). É uma relação que se aproxima de uma realidade, a qual se reestrutura constantemente, conferindo à investigação um caráter dinâmico, além de confrontar sujeito, objeto da pesquisa e pesquisador.

Desse modo, a ética em pesquisa nas Ciências Sociais encontra-se entrelaçada com a ideia de prestação de contas públicas, proposta por Bauer e Gaskell (2002). Para esses autores é preciso ir além dos critérios de amostra, fidedignidade, validade e formalismo. A tradição qualitativa precisa “... *justificar seus métodos e proposições e responder às exigências de credibilidade pública, confiança e relevância*” (BAUER; GASKELL, 2002: 488).

Os equivalentes funcionais desses critérios de qualidade referem-se à triangulação e reflexividade constantes ao longo da pesquisa, à necessidade de transparência e clareza dos procedimentos adotados relativos aos dados empíricos, à forma como o *corpus* da pesquisa foi construído, à descrição detalhada de todas as práticas adotadas na investigação e à constante surpresa pessoal, que busca evitar as falácias que cercam o objeto de estudo. Referem-se também à validação comunicativa, cuja intenção é estabelecer maior proximidade com o sujeito pesquisado a fim de apreender o sentido por ele atribuído ao fenômeno analisado, permitindo, assim, uma compreensão mais profícua.

## 4.2. A inserção no campo de pesquisa

A “estratégia” utilizada para a entrada no campo de pesquisa consistiu em um conjunto de ações. Em primeiro lugar, procurou-se mapear<sup>90</sup> os lugares e os profissionais que estavam envolvidos com as pesquisas sobre células-tronco no estado. A seguir, passou-se a contatar, aleatoriamente, um pequeno grupo desses profissionais por telefone para agendar a entrevista, expondo o problema e os objetivos da pesquisa. Ao contrário do que se imaginava em um primeiro momento, de que o acesso a essa população fosse bastante dificultoso, devido às suas características<sup>91</sup>, a receptividade, assim como a “curiosidade”<sup>92</sup>, em relação à proposta do estudo, foi predominante, permitindo uma circulação tranquila entre o grupo de profissionais investigados<sup>93</sup>. Do total de pesquisadores contatados, apenas um negou-se a conceder a entrevista. As demais tentativas frustradas (três casos) correspondem a impossibilidades, devido aos compromissos marcados antecipadamente por esses profissionais<sup>94</sup>, em encontrar uma data e um horário condizentes com o tempo destinado a uma entrevista de cunho qualitativo.

---

<sup>90</sup> Para tanto, foi estabelecido um contato inicial com os profissionais da genética que realizam pesquisa de base na área, visto que dentro de seus grupos de pesquisa estão integrados alguns estudos clínicos relacionados à respectiva temática, dos quais participam alguns pesquisadores médicos. Foi a partir da realização de entrevistas com esse grupo que se passou a ter acesso aos demais pesquisadores do setor.

<sup>91</sup> A hipótese, antes de iniciar a atividade de campo, partia do pressuposto de que, devido à quantidade de atividades desenvolvidas pelos médicos que seriam entrevistados, existiria uma dificuldade para a realização das entrevistas, visto que a técnica da entrevista em profundidade demanda um tempo de, no mínimo, quarenta minutos. Como a maior parte dos entrevistados desempenhava trabalhos clínicos, de pesquisa e docência, partia-se do princípio de que seria dificultoso encontrar um horário para que esse instrumento fosse aplicado.

<sup>92</sup> A curiosidade refere-se ao estranhamento dos médicos, causado pelo interesse de uma socióloga em pesquisar um objeto comum às Ciências da Saúde.

<sup>93</sup> As dificuldades encontradas em campo correspondem justamente em poder encontrar um horário para a realização da entrevista (já que estas demandavam um período específico para a coleta das informações, cerca de uma hora), visto que a agenda desses profissionais é bastante cheia, uma vez que eles se dividem entre a clínica, a pesquisa, a participação em eventos científicos, a administração de laboratórios e de instituições médico-hospitalares e a prática docente. Outra característica encontrada em campo, que em algumas situações retardou o processo da pesquisa, foi o contato estabelecido com os interlocutores desse grupo profissional, ou seja, suas secretárias. Enquanto no primeiro grupo (de pesquisadores), a agilidade no repasse da informação para o médico era bastante visível, já que existia uma familiaridade com o próprio processo de pesquisa por parte das secretárias, em relação ao segundo grupo (de clínicos), tornou-se necessário, em determinadas ocasiões, retornar a ligação por várias vezes a fim de obter a confirmação sobre se a entrevista seria ou não realizada.

<sup>94</sup> No momento da realização do trabalho de campo tornou-se difícil contatar pessoalmente estes profissionais no RS, visto que eles tinham compromissos agendados fora do Estado, o que os impedia de agendar um horário e data para a realização da entrevista.

A partir do momento em que foram realizadas as primeiras entrevistas passou-se a adotar a ideia de rede, procedimento metodológico que permitiu uma aproximação rápida com os demais profissionais da Medicina. De acordo com Collins (2005), o conceito de rede está fundamentado na noção de cadeia de interações rituais. As redes, estabelecidas por meio de relações interativas entre os agentes, reproduzem-se através de rotinas e rituais, constituindo a teia social. Essas redes são caracterizadas pela tensão constante, sendo dominadas e sustentadas por situações de concorrência quando não de aberta hostilidade mútua, isto é, o conflito lhe é intrínseco.

Como o número de médicos que está envolvido diretamente nas pesquisas com células-tronco no estado é limitado, o que passou a se observar foi a indicação de outros pares para a realização de entrevistas. Embora desenvolvam suas atividades em diferentes centros institucionais no estado, o tema comum permite um contato frequente entre os profissionais, seja através de trocas de experiências, contatos realizados em encontros científicos, participação em grupos de estudo ou relações interpessoais que ultrapassam os vínculos profissionais, como relações de amizade, por exemplo.

O mesmo critério foi utilizado em relação ao grupo de médicos clínicos. Primeiramente, entrou-se em contato com os clínicos com maior tempo de atuação profissional nas cidades em que foi realizado o trabalho de campo. A partir da realização dessas entrevistas, passou-se a contatar os demais profissionais citados durante a coleta de dados. Como explica Moura (2001), uma das características do campo médico é a formação de discípulos, isto é, a existência de profissionais mais jovens que dão sequência aos ensinamentos obtidos com os seus “mestres”, clínicos ou professores, com quem adquiriram as primeiras experiências profissionais.

Embora tenha sido utilizado o mesmo critério para estabelecer o contato com ambos os grupos, a vivência de campo permitiu observar algumas diferenças em torno de cada um deles. Essa diferença refere-se à forma de acesso aos profissionais. Enquanto aqueles médicos que estão diretamente envolvidos com as pesquisas experimentais e clínicas apresentaram-se desde o primeiro momento interessados em conceder a entrevista, visto que seus assessores e secretários repassavam diretamente o telefone ou o e-mail desses profissionais, o acesso aos clínicos ocorria através da mediação das secretárias, procedimento que implicava certa dificuldade, visto que o retorno ao contato inicial nem sempre ocorria

rapidamente. Essas divergências são mais bem compreendidas quando analisado o grau de familiaridade de cada grupo (nesse caso compreenda-se além da figura do médico, a existência de secretárias, estagiários, bolsistas, etc.) em relação ao sentido por eles atribuído à prática de pesquisa.

#### **4.2.1. O objeto de investigação: discrepâncias entre a pesquisa sociológica e a pesquisa clínica**

A inserção no campo de pesquisa possibilitou a reflexão sobre a forma através da qual é problematizado um objeto de estudo singular em diferentes áreas de conhecimento. Se a produção do conhecimento nas Ciências Sociais está mais próxima de uma ciência de objeto, isto é, de uma disciplina que cria ou inventa seus objetos disciplinares, a Medicina, e o conhecimento que a partir dela é produzido, corresponde a uma praxiologia<sup>95</sup>, considerada como uma ciência voltada para as ações, pois almeja não a compreensão de um determinado fenômeno, mas o modo pelo qual este fenômeno pode ser resolvido.

A mentalidade clínica, segundo Freidson (1978), possui uma visão diferente da do teórico ou do investigador em relação ao seu trabalho, pois considera o mundo de forma distinta. Em primeiro lugar, seu propósito não é o conhecimento, mas a ação. Desse modo, é preferível para o profissional da saúde uma ação com pouca possibilidade de êxito do que nenhuma ação em absoluto, visto que este parte do princípio de que é melhor fazer algo do que não fazer nada. Em segundo lugar, é preciso que o médico acredite naquilo que está fazendo, pois sua prática está situada constantemente entre o êxito e o fracasso. Dado um compromisso com uma ação e uma solução prática, em que o profissional precisa enfrentar a ambiguidade de seus procedimentos, é mais provável que este manifeste

---

<sup>95</sup> Para Stepke (2006), a praxiologia médica é uma atividade complexa, pois ela reúne um conjunto variado de tecnologias, compostas por vários subsistemas, tais como: 1) tecnologias de produção, voltadas para a produção de bens e serviços como as tecnologias fornecidas pela indústria farmacêutica e eletrônica para a realização dos serviços e atividades médicos; 2) tecnologias semióticas, referentes à produção e compreensão de signos e símbolos em relação à imagem repassada para a vida social no que diz respeito ao papel e à importância dos profissionais da Medicina; 3) tecnologias de poder, pertinente à organização e administração dos espaços físicos de atuação profissional, os quais se aproximam da metáfora da “engenheirização” dos lugares de fluxo, cujo objetivo é racionalizar e tornar mais efetivos os serviços oferecidos; 4) tecnologias da pessoa, também conhecidas por tecnologias de si mesmo, fundamentadas na ideia da necessidade de compreender minimamente a maneira e os motivos pelos quais se estabelecem determinadas relações interpessoais.

um desinteresse cético em relação aos procedimentos científicos<sup>96</sup>. Terceiro, é mais provável que o médico se apoie em resultados aparentes que em uma teoria e que tenda a improvisar quando não está obtendo resultados através dos meios tradicionais. Esse fato está relacionado à orientação pragmática que o profissional da saúde possui em relação ao fenômeno concreto. Quarto, o clínico tende, com o tempo, a confiar mais na sua própria experiência pessoal, ao invés de acreditar nos princípios abstratos e teóricos, principalmente quando se depara com casos que não são habituais no seu trabalho. Por fim, a tendência do médico é enfatizar a ideia de indeterminação e não a ideia de regularidade e validade, típicas do comportamento científico.

Tais características propiciam um terreno psicológico que permite justificar a ênfase pragmática, fundamentada na experiência adquirida diariamente. Dessa maneira, *“... en su compromiso con la acción, su confianza, su pragmatismo, su subjetivismo y su énfasis en la indeterminación, entonces, el ejerciente es muy diferente del científico”*<sup>97</sup> (FREIDSON, 1978: 175). Se o particularismo e a subjetividade moral caracterizam o trabalho clínico, isso não significa necessariamente que este trabalho não seja racional. Ao contrário, a racionalidade possui um caráter significativo na clínica médica a partir do momento em que o profissional da saúde passa a lhe conferir um atributo técnico e particularizado, ou seja, quando passa a utilizá-la como um método de classificar as diversas informações presentes em casos concretos, confrontando-as com situações particulares.

A diferença, desse modo, entre a racionalidade científica e a racionalidade clínica reside no fato de que a última não consiste em uma ferramenta para ordenar as interconexões dos fatos e das hipóteses que as circundam. Os princípios que a orientam são as generalizações da experiência clínica adquirida individualmente ou através de relatos entre os pares. Diante do exposto, cada médico *“... construye su propio mundo de experiencia clínica y asume responsabilidad personal, es decir,*

---

<sup>96</sup> Segundo Freidson (1978) se o profissional da medicina não acreditasse no êxito da sua prática e de suas decisões a medicina não teria existido há mais de dois séculos, pois os estudos científicos datam historicamente a partir do século XIX.

<sup>97</sup> Tradução livre: *“... em seu compromisso com a ação, sua confiança, seu pragmatismo, seu subjetivismo e sua ênfase na indeterminação, então, o prático é muito diferente do pesquisador científico”*.

*'individual' por el modo en que trata sus casos en ese mundo*"<sup>98</sup> (FREIDSON, 1978: 177).

Nesse sentido, a proposta desta pesquisa, de investigar a profissão médica e as novas tecnologias terapêuticas com base nos estudos sobre células-tronco, provocou duas reações recorrentes entre a população pesquisada. A primeira delas corresponde ao estranhamento por parte dos profissionais da Medicina em relação ao interesse da Sociologia em pesquisar o assunto, uma vez que a temática tem sido debatida no Brasil, principalmente no que diz respeito às questões ético-morais envolvidas nesse tipo de pesquisa, basicamente por profissionais das Ciências Naturais, filósofos e alguns setores da sociedade civil (como representantes religiosos e representantes de grupos de pessoas portadoras de doenças degenerativas). Consequentemente, ao tomar conhecimento do problema e dos objetivos da referida pesquisa, o público-alvo deste estudo passou a inquirir acerca dos procedimentos metodológicos adotados, ou seja, sobre a forma como os dados e informações obtidos por meio de entrevistas em profundidade seriam sistematizados e analisados.

Esse modo de proceder revela as distintas formas de olhar uma problemática de pesquisa. Se a prática sociológica parte do princípio de que um problema existe para ser compreendido<sup>99</sup>, para as profissões da saúde, ao contrário, o problema existe para ser resolvido. Dessa forma, ao realizar uma investigação científica o caráter médico está fundamentalmente voltado para a ação e para a intervenção, independentemente de elas corresponderem a um organismo vivo ou a um determinado contexto social. Como explica Freidson (1978), a mentalidade médica busca, a partir de casos únicos, particulares, situar o peso da prova com maior ênfase no terreno individual em detrimento do geral, o qual remete à ideia do campo científico.

Além dessa característica, é preciso ressaltar, também, o viés metodológico desenvolvido nesse campo de conhecimento ao longo das últimas décadas. Enquanto a prática médica "tradicional", predominante até a primeira

---

<sup>98</sup> Tradução livre: "... *constrói seu próprio mundo de experiência clínica e assume responsabilidade pessoal, quer dizer, 'individual' pelo modo como trata seus casos nesse mundo*".

<sup>99</sup> Esta forma de tratar o objeto pode ser observada também na biologia, disciplina que, assim como a sociologia, procura entender os motivos que desencadeiam, ou como ocorre, um determinado fenômeno. Logo, o aspecto comum às duas áreas ajuda a explicar o não estranhamento dos profissionais desta última no momento da realização das entrevistas.

metade do século XX, priorizava o contato direto entre o profissional e o paciente, conferindo a essa forma de agir uma marca mais qualitativa, visto que era necessário que o profissional dominasse de forma global o conhecimento existente no seu campo de atuação, a Medicina contemporânea fundamenta seus preceitos na presunção de certeza manifesta, quer dizer, na comprovação da existência de evidências.

Essa mudança paradigmática deve-se, principalmente, à incorporação da técnica, de forma cada vez mais frequente, à prática médica nas últimas décadas. Tal fenômeno passou a ser denominado de Medicina Baseada em Evidências (Mbe)<sup>100</sup>, cuja característica central diz respeito à introdução do método estatístico nas pesquisas e procedimentos médicos. Tem-se, assim, uma marca manifesta que tem por objetivo aprimorar a racionalidade médica para além da “... *casuística clínica de cada médico e seus potenciais vieses*” (CASTIEL e PÓVOA, 2001: 207). Em outras palavras, isso significa dizer que a Medicina Baseada em Evidências busca, em primeiro lugar, a formação de *experts*<sup>101</sup>, especialistas, os quais tomam suas decisões com base no instrumental técnico disponível na área, deixando em “segundo plano” o diálogo com o paciente, visto que este não permite uma objetivação plena em relação ao diagnóstico, ou seja, sua capacidade de apresentar evidências pode incorrer em “erros”.

Tal característica, relativa à distinta maneira de olhar um objeto e/ou uma problemática no campo das Ciências Naturais, ajuda a explicar o estranhamento sobre os procedimentos metodológicos utilizados nas Ciências Sociais. Ao longo do trabalho de campo, tornou-se recorrente, antes de aplicar a técnica da entrevista, explicar pormenorizadamente as características do método qualitativo e a maneira

---

<sup>100</sup> Em relação à Medicina Baseada em Evidências ou *Based Evidence Medecine* (BEM), Castiel e Póvoa (2001) chamam a atenção para os significados imbuídos na terminologia adotada e sua consequente metamorfose gramatical, pois “... o adjetivo – ‘clínica’ se transforma em substantivo de maior amplitude -, ‘medicina’, e recebe uma locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. O termo ‘baseada’ veicula a sugestiva ideia de solidez, como ‘fundação/fundamento’ que será constituído pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para proporcionar o acesso a fatos ocorridos que poderão ser, então, evidenciados como as melhores aproximações possíveis do que sejam as ‘verdades’. Não à-toa o termo ‘evidência’ é também empregado em linguagem criminal como elemento importante para chegar-se à possível responsabilização jurídica de um suspeito de delito. Ao agregar-se à bioestatística e à informática médica, configura-se, então, o tripé de sustentação da MBE” (CASTIEL; PÓVOA: 2001: 206-07).

<sup>101</sup> A formação de *experts* no contexto analítico da sociologia das profissões encontra-se diretamente ligada aos meios pelos quais certos atores sociais obtêm recursos materiais que permitem alguns indivíduos tornarem-se agentes do conhecimento (Freidson, 1998).



pela qual os dados seriam sistematizados, tabulados e analisados. Em determinadas situações, o consentimento livre e esclarecido<sup>102</sup> somente foi concedido após ser, novamente, apresentada e explicada a maneira pela qual os dados seriam tratados. O argumento utilizado pelos profissionais era que tal prática metodológica, como, por exemplo, a transcrição literal das entrevistas e a análise de seu texto, não era habitual à pesquisa médica.

As experiências vivenciadas em campo apontam como principal dificuldade a “quebra” da “desconfiança” em relação ao método utilizado. Isso pôde ser percebido em uma das situações na qual estava sendo aplicada a entrevista a um dos profissionais do setor profissional em análise. Ao deslocar-se ao local determinado pelo médico para a aplicação da entrevista e expor os objetivos do estudo, antes de iniciar a coleta de dados, o entrevistado iniciou uma série de perguntas em relação à temática investigada que incluíam desde o nome do orientador, como surgiu o interesse em pesquisar células-tronco, o que eu conhecia sobre células-tronco tecnicamente, isto é, se tinha conhecimento da diferenciação entre células totipotentes e pluripotentes, quais eram os procedimentos metodológicos adotados e como eles funcionavam e por que o interesse em entrevistar os médicos e não outros setores ou grupos profissionais da sociedade. Após cerca de vinte minutos respondendo às perguntas do entrevistado, foi possível a realização da entrevista.

Esse comportamento pôde ser observado em outros momentos da pesquisa, prevalecendo entre o grupo de profissionais pesquisadores. A presença da pesquisa no cotidiano desses atores sociais permite a compreensão dessa maneira de se conduzir diante de uma situação incomum, relacionada a um campo de produção de conhecimento por eles desconhecido.

---

<sup>102</sup> Ressalta-se que o Consentimento Livre e Esclarecido somente era fornecido após a entrega da entrevista transcrita para o entrevistado, a fim de que este pudesse ler o material produzido durante a entrevista. Geralmente deixava-se transcorrer uma semana, no mínimo, entre a entrega do material transcrito e o contato posterior, para tomar conhecimento se o uso dos dados seria ou não permitido para fins de análise.

### **4.3. O *corpus* da pesquisa**

#### **4.3.1. I Simpósio de Atualização em Terapia Regenerativa: espaço de inserção entre os profissionais da Medicina e da Biologia**

O I Simpósio de Atualização em Terapia Regenerativa ocorreu na cidade de Santa Maria, entre os dias 28 e 30 de junho de 2007. O evento foi organizado pela Universidade Federal de Santa Maria, mais especificamente pelo Laboratório de Cirurgia Experimental<sup>103</sup> (Lace), do curso de Medicina Veterinária.

O acompanhamento das atividades trouxe a oportunidade de observar as divisões internas quanto aos discursos produzidos sobre as pesquisas com células-tronco no Brasil, possibilitando uma reflexão sobre a maneira como esse tipo de tecnologia é concebida e investigada pelos grupos de profissionais que atuam diretamente nesse tipo de estudo. Além disso, a participação no evento tornou possível maior familiarização com o objeto de estudo, constituindo-se, dessa forma, em uma ferramenta de aproximação em relação ao campo de pesquisa.

Embora o simpósio tenha sido caracterizado como um evento regional, ele teve relevância significativa para a realização desta investigação, pois reuniu pesquisadores de diversas instituições de pesquisa de base e de pesquisa clínica do país, além de especialistas de diferentes disciplinas das Ciências Naturais como médicos, biólogos-geneticistas e veterinários.

As comunicações e arguições apresentadas ao longo das palestras e conferências pelos expositores permitiram analisar a construção dos discursos entre os próprios pares, visto que o público participante constituiu-se fundamentalmente de pesquisadores, professores e estudantes das áreas acima mencionadas. Nesse sentido, as narrativas apresentadas estavam sendo direcionadas para atores sociais situados no mesmo campo de atuação social, ou seja, o campo acadêmico das Ciências Naturais, permitindo, assim, reunir informações, principalmente sobre os procedimentos metodológicos das pesquisas e os resultados já obtidos nesses estudos, que nem sempre eram enunciados sistematicamente nas entrevistas qualitativas, provavelmente pela estranheza e desconfiança quanto ao interesse no assunto, uma vez que um profissional da Sociologia poderia ser considerado

---

<sup>103</sup> A organização do evento pelo respectivo laboratório ocorreu pelo fato de este ser um dos laboratórios responsáveis no interior do estado do RS pelas pesquisas voltadas para manipulação de células-tronco, a partir de estudos em caninos.

“intruso” em um campo de conhecimento singular e, sobretudo, especializado, sobre corpo e doença.

Dentre o conteúdo abordado ao longo do evento, destacaram-se as exposições sobre os estudos experimentais e clínicos com terapia celular em diferentes instituições de pesquisa e médico-hospitalares do país acerca de determinadas enfermidades cardiológicas e neurológicas, dos resultados obtidos ao longo desses estudos, dos avanços históricos obtidos na terapia celular com ênfase nos transplantes de medula óssea<sup>104</sup>, das características básicas das células-tronco embrionárias e adultas, dos mitos e realidade sobre esse tipo de tecnologia e dos problemas metodológicos encontrados, visto que a maior parte dos estudos clínicos possuía uma amostra ínfima, não ultrapassando a participação de quinze voluntários na pesquisa.

Para um dos palestrantes, “... apesar de ter sua eficiência comprovada em vários tipos de doenças, os mecanismos responsáveis pelo sucesso da terapia com célula-tronco ainda são muito pobremente compreendidos”, em virtude de a maior parte dos estudos ser realizada com poucos pacientes, sem um controle cego<sup>105</sup>, além do desconhecimento do processo de funcionamento responsável pelo reparo propriamente dito das células lesionadas.

Mesmo possuindo perspectivas diferenciadas em relação aos atuais estudos sobre a terapia celular, os palestrantes convergiram para um ponto comum: a necessidade de conhecer melhor os mecanismos através dos quais as células-tronco operam, sendo necessários, para isso, um maior número de estudos experimentais.

---

<sup>104</sup> A discussão no evento acerca da “funcionalidade” do uso de células-tronco para fins terapêuticos centrou-se fundamentalmente nos estudos hemoterápicos voltados para o transplante de medula óssea, devido ao fato de esta terapia apresentar os únicos resultados concretos obtidos na utilização dessa técnica. De acordo com um dos expositores, em 1990 “... foi realizado o primeiro transplante alogênico de células progenitoras hematopoiéticas do estado do Rio Grande do Sul (...). Para complementar o Centro de Transplante de Medula óssea – CTMO, inaugurado em 1997, foram desenvolvidos setores especializados que permitiram avanço tecnológico como a instalação de Laboratório de Imunogenética, Criocongelamento de células, unidade de Citaférese e a construção de uma unidade equipada com filtragem de ar para a redução de partículas ambientais para o isolamento dos pacientes transplantados”. Segundo o depoimento apresentado, as pesquisas para o tratamento de leucemias emergem como vanguarda no setor médico no sentido de investigarem as características e a eficiência das células-tronco há quase duas décadas, período longo quando comparado às investigações na cardiologia, oncologia e neurologia.

<sup>105</sup> O controle cego é um procedimento metodológico utilizado nas pesquisas clínicas para testar a eficiência do procedimento pesquisado, o qual se aproxima da ideia de “grupo controle”, utilizado na prática de pesquisa sociológica. A sua utilização é necessária para diminuir a incidência do efeito placebo.

### **4.3.2. Profissionais da biologia: os entrevistados**

Se a mentalidade clínica está fundamentada no princípio da experiência particularizada e individual adquirida ao longo do tempo pelo médico, a mentalidade dos profissionais da Biologia tem certa aproximação com a maneira de os cientistas (de forma geral, dentre eles os cientistas sociais) perceberem o mundo, de modo que, assim como outras áreas de conhecimento, entre elas a Física, a Geografia, a Matemática, etc., tanto a Sociologia e a Antropologia quanto a Biologia buscam compreender a realidade a partir da racionalidade científica e não através da sua experiência singularizada.

A decisão em realizar entrevistas com biólogos envolvidos em pesquisas de manipulação de células-tronco está relacionada ao fato de apreender o contexto do surgimento dos referidos estudos, além de buscar informações dos resultados concretos obtidos nas pesquisas de base em relação à temática, visto que a maior parte dos médicos entrevistados encontra-se envolvida em pesquisas pré-clínicas e clínicas.

Nesse sentido, foram entrevistados profissionais da Biologia que atuam em instituições de pesquisa no Rio Grande do Sul. Esses profissionais realizam estudos relativos às células-tronco há alguns anos nessas instituições e o seu interesse pela referida área de conhecimento não depende exclusivamente, como no campo médico, das preocupações e interesses procedentes desta década em relação ao assunto.

A decisão em pesquisar o tema encontra-se diretamente correlacionada aos interesses de ordem científica, cuja racionalidade está voltada não para a ação prática, mas para o raciocínio abstrato e hipotético.

Desse modo, por mais que a temática das células-tronco pareça uma descoberta recente, datada do final dos anos noventa, esta compreende um período anterior àquele conhecido publicamente, estando interligada, inicialmente, aos estudos sobre imunologia e genética do desenvolvimento. Os principais objetivos desses estudos eram a averiguação e o teste sobre a diferenciação celular e suas consequências na hematopoiese e a relação entre a programação genética de um indivíduo quanto ao ambiente e os hábitos alimentares por ele desenvolvidos.

O trabalho de campo com os profissionais da Biologia permitiu uma familiarização com o histórico desse tipo de investigação. Além disso, foi possível obter informações concernentes às realidades e fantasias existentes em relação às

células-tronco, visto que os entrevistados problematizaram o viés “modista” que o assunto adquiriu na sociedade nos últimos dez anos. É o que pode ser observado nos relatos que seguem, quando foram questionados sobre os motivos que os levaram a pesquisar tal objeto:

“... hoje, as células-tronco estão emergindo como um grande instrumento de pesquisa, (...) devido aos aspectos relacionados com a Medicina regenerativa, ou tratamentos e diagnósticos; entretanto, antes de elas virarem moda existia todo um contexto de estudos numa área chamada genética do desenvolvimento” (Eb1).

“... eu comecei a estudar um tipo de célula dentro do sistema imunológico que é o linfócito B (...) e isso me levou a estudar a diferenciação dessas células, como é que elas se formavam na medula óssea humana (...). Então, logo eu expandi essa pesquisa do linfócito B para a célula sanguínea em geral, dentro de um processo que a gente chama de hematopoiese, que é a formação das células do sangue. Ora, a hematopoiese trata com a célula-tronco hematopoiética, que é a célula-tronco que está na medula óssea e que foi a primeira célula-tronco em adultos a ser conhecida; é conhecida há mais de trinta anos e é usada terapeuticamente há um pouco mais de trinta anos nos transplantes de medula óssea. Então, dentro dessa linha eu comecei a estudar o processo da hematopoiese e células-tronco antes de o assunto entrar na moda como está agora. Então, quando o assunto entrou na moda eu já estava trabalhando com ele” (Eb2).

Os comentários refletem o grau de envolvimento de cada grupo profissional em relação à abordagem científica, pois, enquanto os médicos buscam uma aplicabilidade concreta para os resultados das pesquisas por eles realizadas, os biólogos concebem seus objetos de estudo como “ferramentas” capazes de trazer à luz elementos até então desconhecidos à ciência, independente de sua aplicabilidade prática.

O paradigma da ciência moderna está fundamentado na abstração, observação, mensuração e causalidade (Luz, 1988). A diferença entre as disciplinas que dela fazem parte está na maneira como cada uma delas percebe a realidade. Se a Sociologia, a Antropologia, a Biologia, a Química coadunam com a racionalidade abstrata, o profissional da Medicina confia na autoridade de seus próprios sentidos. Logo, a Medicina constitui-se em um campo não dependente da autoridade geral dada pela tradição ou pela ciência, mas sim da adquirida através da experiência individualizada.

### 4.3.3. Características profissionais e sociais dos profissionais da Medicina

A Medicina contemporânea é caracterizada pela diversidade de especialidades presentes no seu campo de atuação. De acordo com o Conselho Federal de Medicina existem atualmente no Brasil cem especialidades médicas<sup>106</sup>, as quais se encontram divididas em quatro grupos: cognitivas, técnico-cirúrgicas e de habilidades, intermediárias e tecnológicas e burocráticas.

Tendo-se em vista essa diversidade e partindo do princípio de que as novas tecnologias terapêuticas são incorporadas primeiramente devido às especificidades terapêuticas e técnicas em alguns setores da prática médica, o foco desta pesquisa concentrou-se na clínica médica, na cirurgia, cardiologia, oncologia e neurologia, visto que são esses setores que, devido às suas características, envolveram-se primeiramente com os estudos voltados para terapias com base em células-tronco.

Tais características, segundo Machado (1997), referem-se à natureza e ao processo de trabalho do profissional da Medicina. Desse modo, os setores mencionados podem ser classificados como especialidades cognitivas e técnico-cirúrgicas e de habilidades, pois exigem do médico um tipo de conhecimento particularizado. Enquanto a Cardiologia e a Neurologia fundamentam suas práticas no aspecto cognitivo cujo *“... raciocínio clínico é acentadamente valorizado e a relação subjetiva [com o paciente] tende a ser mais enfatizada”* (MACHADO, 1997: 26), os médicos-cirurgiões realizam suas ações de maneira pontual e precisa, com base no conhecimento técnico inerente ao ato em si, quer dizer, *“... estas intervenções (...) exigem apoio de diagnósticos – clínicos, radiológicos ou laboratoriais”* (MACHADO, 1997: 27). Em outras palavras: demandam o uso de tecnologias mais avançadas que relativizam a relação subjetiva com o paciente.

Esse delineamento é explicado fundamentalmente pelos seguintes aspectos: se a maior proximidade dos pacientes na atividade clínica levasse os médicos que exercem esse tipo de atividade a adotar uma perspectiva mais cética diante desse tipo de tecnologia, aqueles profissionais que atuam nas especialidades mais avançadas teriam, ao contrário, uma atitude mais receptiva em relação às

---

<sup>106</sup> Em 1994, existiam aproximadamente sessenta e quatro especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (Machado, 1994).

inovações tecnológicas devido às suas particularidades<sup>107</sup> no exercício da prática médica.

Quanto a algumas das características sociais dos investigados, o quadro abaixo apresenta um sucinto perfil do tipo de profissional que foi entrevistado ao longo do trabalho de campo.

Das quatorze entrevistas em profundidade, onze foram realizadas com homens e três com mulheres, sendo que a maior parte da população-alvo é casada, possuindo em média de dois a três filhos.

No que diz respeito à ocupação dos cônjuges, observa-se uma predominância de pessoas que possuem o ensino superior, principalmente em relação à situação feminina. Enquanto as mães dos entrevistados homens exerciam atividades predominantemente voltadas para o cuidado da casa e da família (donas de casa) ou de ensino (professoras), as suas esposas ocupam posições e lugares nas profissões liberais como, por exemplo, a Advocacia e a Medicina, além daquelas voltadas para o ensino.

	<b>Ano de nascimento do entrevistado</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Ocupação do Cônjuge</b>	<b>Nº. de filhos</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Modo de Exercício Profissional Atual</b>
<b>E1</b>	1922	Casado	Dona de Casa	Três	Cirurgia/ Oncologia	Clínica
<b>E2</b>	1927	Casado	Artista Plástica	Quatro	Clínica/ Cirurgia Geral	Clínica
<b>E3</b>	1940	Casado	Professora	Três	Neurologia e Neurocirurgia	Clínica
<b>E4</b>	1945	Casado	Dona de Casa	Dois	Clínico Geral	Clínica
<b>E5</b>	1947	Casado	Comércio	Três	Cirurgia Cardíaca	Clínica/ Pesquisa
<b>E6</b>	1948	Casado	Neuropsicóloga	Três	Neurologia	Docência/ Pesquisa
<b>E7</b>	1950	Casado	Professora	Dois	Cardiologia	Pesquisa/

<sup>107</sup> As especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades, nas quais se situam aqueles profissionais que atuam nas especialidades mais avançadas, estão diretamente ligadas ao tipo de relação médico-paciente encontrada. Se os médicos clínicos lidam diretamente com o usuário dos serviços de saúde, estabelecendo, assim, uma ênfase maior na relação subjetiva e assumindo um papel que ultrapassa o conhecimento técnico, uma vez que passam a adotar uma atitude de conselheiros dos usuários, os especialistas não estabelecem uma relação tão direta e cotidiana com os pacientes. A relação entre esses médicos e os usuários dos serviços de saúde é mediada “... por profissionais de equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos” (MACHADO, 1997: 27); logo, a sua relação é programada e caracterizada pelo processo de burocratização e padronização, conferindo um distanciamento entre esses agentes sociais.

						Docência/ Clínica
<b>E8</b>	1953	Divorciada	*	Dois	Citogeneticista / Clínica Médica	Pesquisa
<b>E9</b>	1955	Casado	Professora Universitária	Três	Cardiologia	Clínica
<b>E10</b>	1959	Casada	Administrador	Um	Neurologia Infantil	Docência
<b>E11</b>	1960	Casado	*	Dois	Cirurgia de Mão	Clínica/ Pesquisa
<b>E12</b>	1966	Divorciado	Professora <sup>108</sup>	Três	Bioquímica	Docência/ Pesquisa
<b>E13</b>	1971	Casada	Médico	-	Medicina Interna/ Oncologia	Pesquisa/ Clínica
<b>E14</b>	1972	Casado	Advogada	Um	Cirurgia Geral	Clínica

Com base nestes aspectos, buscou-se, então, observar como as pesquisas sobre células-tronco são percebidas pelos médicos-clínicos, pesquisadores e professores e como cada um desses grupos articula o seu discurso em relação a essa temática, a partir das experiências sociais e profissionais particularizadas. Nesse sentido, pretende-se, a seguir, estabelecer uma reflexão sobre a profissão médica como um modelo de estudo da Sociologia das profissões, analisando, a partir dessa perspectiva, como se constituem as trajetórias sociais e profissionais dos médicos gaúchos.

---

<sup>108</sup> Profissão do ex-cônjuge.



## Capítulo V

### A CONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL

Ao longo deste capítulo, serão abordados os elementos presentes na configuração das formas de sociabilidade de médicas e de médicos gaúchos, a fim de analisar a maneira como as instituições e a estrutura de valores nas quais eles se formaram influenciaram as suas trajetórias profissionais.

O conjunto de experiências adquiridas ao longo dos anos através de suas vivências familiares, sociais e profissionais implica a cristalização de trajetórias diferenciadas, embora paralelas, entre aqueles que realizam a prática clínica e aqueles que realizam a prática de pesquisa. Nesse sentido, as distintas maneiras de se relacionar com o mundo do trabalho e os demais espaços da vida social fixam modos particulares de entender e explicar não apenas as novas tecnologias de assistência à saúde, mas, principalmente, a própria relação entre o médico e o paciente.

Antes de abordar as características da trajetória profissional serão apresentados, primeiramente, alguns dados referentes à situação social da família de origem dos entrevistados, assim como características relativas ao contexto familiar atual no qual eles estão inseridos.

#### 5.1. A família de origem dos profissionais da medicina

Analisando o contexto familiar dos médicos e das médicas que fazem parte desta pesquisa é possível traçar um perfil da situação social e econômica da sua família de origem. Com base na profissão e na escolaridade dos pais, pode-se observar que a maior parte dos integrantes deste estudo faz parte das camadas médias da população.

O quadro abaixo indica uma configuração familiar bastante comum no Brasil entre as classes médias até os anos setenta. O modelo de organização familiar naquele período é caracterizado pelo tipo de organização nuclear, cuja posição de gênero é definida segundo a lógica do papel social de provedor do lar (atribuído aos homens) e de cuidadora da família (posição social destinada ao gênero feminino). O respectivo indicador revela que, enquanto os pais da maior

parte dos entrevistados atuavam no mercado de trabalho como profissionais da Medicina, sendo seguidos por aquelas categorias de trabalho que exigem uma qualificação específica como, por exemplo, a posse de um diploma de curso superior, suas mães executavam atividades tidas na época como exclusivamente femininas, como tarefas voltadas para o cuidado do lar, o ensino e os trabalhos artísticos.

Ano de nascimento do entrevistado	Pai		Mãe	
	Escolaridade	Ocupação	Escolaridade	Ocupação
1972	Técnico	Contador	Ensino Fundamental	Artista Plástica
1945	Primário	Funcionário Público	Primário	Dona de casa
1971	Superior	Professor	Superior	Autônoma
1948	Superior	Contador	Ensino Médio	Professora primário
1959	Superior	Médico	Superior	Professora
1947	Ensino Médio incompleto	*	Superior	*
1940	Ensino Fundamental	Comércio	Ensino Fundamental	Dona de casa
1955	Superior	Médico	Ensino Médio	Decoradora
1927	Superior	Médico	Técnico	Arquivista
1950	Superior	Industrialista	Superior	Professora
1960	Superior	Médico	Ensino Médio	Dona de casa
1966	Ensino Médio	Comerciante	Ensino Fundamental Incompleto	Dona de casa
1922	Superior	Médico	*	Dona de casa
1953	Superior	Médico	Superior	Dona de casa

O tipo de ocupação dos pais revela o seu grau de escolaridade. Nesse sentido, observa-se que a escolaridade dos pais é relativamente superior à das mães. Enquanto 53,3% dos homens possuem curso superior, apenas 26,7% das mulheres encontra-se na mesma situação, índice, mesmo assim, significativo para o período, visto que o ensino superior, até um passado não muito distante, destinava-se predominantemente ao sexo masculino.

O capital (econômico e cultural) herdado da família de origem implica, por sua vez, uma maior possibilidade de acesso aos bens e serviços que permitem uma distinção social entre os atores sociais<sup>109</sup>, influenciando nas estratégias de construção da

<sup>109</sup> Para Bourdieu (2007), o mundo de origem dos agentes sociais reproduz aquilo que ele denomina de unidade de uma classe, ou seja, o capital herdado (origem social) e o capital adquirido (capital

carreira profissional, dentre as quais se destacam uma série de vantagens: maiores possibilidades de realização de cursos, no Brasil e no exterior, facilidades na instalação de consultórios, etc. Ao contrário de outros entrevistados que, devido à origem familiar, precisaram conciliar os estudos universitários com o trabalho, esse grupo de informantes ressalta que a dedicação exclusiva à faculdade de Medicina era uma imposição familiar, visto que a família exigia dedicação exclusiva ao curso superior. Desse modo, esse grupo de médicos teve a possibilidade de envolver-se em outras atividades, que permitiram um processo de formação profissional particularizado, como, por exemplo, o envolvimento com instituições culturais e não apenas técnico-científicas. É o que pode ser percebido ao longo da narrativa de um dos entrevistados:

“... era um dos pré-requisitos estabelecidos na minha família que, enquanto se fizesse faculdade, não se trabalharia. A gente tinha que se dedicar à faculdade. Eu nunca trabalhei durante a faculdade. Isso me proporcionou, na verdade, poder fazer pesquisa, por exemplo. E durante a residência eu me dedicava exclusivamente à residência. Logo que acabou a residência eu comecei a trabalhar no consultório do meu pai” (E10).

Por outro lado, as dificuldades financeiras enfrentadas por aqueles entrevistados cujas famílias tinham uma origem mais humilde revelam as estratégias utilizadas por eles para concluir o curso, conforme um dos depoimentos colhidos:

“O curso de Medicina, ele na época, causava uma dificuldade para quem tinha alguma carência financeira, pois era um curso em tempo integral (manhã e tarde); então as oportunidades de trabalho eram muito poucas. (...). Qual era o emprego que tinham em geral os estudantes de Medicina? Corrigir *Correio do Povo*. Nós íamos para lá dez da noite e passava até uma, duas da manhã corrigindo o jornal. Então se ganhava um dinheiro, dava para se manter e era um horário que tu podias fazer isso. (...). Ganhar dinheiro, conseguir se sustentar e fazer o curso era uma proeza. (...). Também lembro que na época estava começando a contabilidade de condomínio, que era a maneira de ganhar alguns biscates ao fim de semana. Então, isso me marcou a dificuldade

---

escolar) manifestam-se diferentemente no espaço social, dependendo das qualificações a ele atribuídas. Neste sentido, “... a aquisição da competência cultural é inseparável da aquisição insensível de um senso de aplicação dos investimentos culturais que, sendo o produto do ajuste às possibilidades objetivas de valorização da competência, favorece o ajuste antecipado a tais possibilidades e que, por sua vez, torna-se uma dimensão relacionada com a cultura, próxima ou distante, desenvolvida ou reverenciosa, mundana ou escolar, ou seja, forma incorporada da relação objetiva entre o espaço de aquisição e o ‘núcleo de valores culturais’” (BOURDIEU, 2007: 82).

que eu sentia para a aquisição do conhecimento e como manter-me” (E6).

Diante das dificuldades financeiras enfrentadas pela família, o curso superior passa a ser percebido como um mecanismo de mobilidade social, representando um projeto familiar. Sendo a Medicina uma área que possui um elevado status social, a obtenção de um diploma superior representa o reconhecimento do esforço e dedicação de todos os membros da família<sup>110</sup>. A escolarização é representada como possibilitadora da ascensão social dos indivíduos e, por conseguinte, da própria família, significando um projeto coletivo que é desenvolvido de forma individual pelos membros do grupo.

O investimento e o peso moral atribuídos ao campo escolar são percebidos na fala de um dos depoentes, procedente de uma família cuja posse de capital econômico era bastante restrita:

“... sempre tive o apoio da minha família, apesar de ser muito pobre. Eu era aluno carente da Universidade, não carente por decreto, mas porque realmente meu pai não tinha condições, enfim... Como é que eu vou dizer? Fizeram parte do grupo de valores que me tornaram uma pessoa reta. E isso me ajudou. Ele [pai] disse: ‘olha, tu tens um caminho para seguir. A gente só pode te dar o estudo’. Era tudo que eles me diziam: ‘Olha, a gente não pode te deixar nada, nós só podemos te deixar o estudo. É isso que a gente sabe que ninguém vai te roubar e vai ter a capacidade de lutar por ti mesmo. Fazer as coisas que nós não fomos capazes de fazer porque não tivemos oportunidade” (E12).

Os princípios valorativos herdados do ambiente familiar impelem, por outro lado, a perceber a construção da carreira profissional como um resultado das representações sociais atribuídas a uma determinada profissão, as quais são reproduzidas no ambiente familiar. É o que se observa em uma das entrevistas realizadas, quando o sujeito da pesquisa explica que a sua motivação em tornar-se médico estava diretamente ligada à importância imputada pela família a certas práticas profissionais: *“Minha família sempre valorizou muito essa profissão. Eu sou de descendência árabe; e árabes e judeus, geralmente, sempre querem que seus filhos sejam médicos, doutores. E sempre valorizaram muito o ensino médico”* (E5).

---

<sup>110</sup> Segundo Félix (2006), há, por parte das diferentes camadas da população brasileira “... um investimento, uma maior valorização pela formação na área de saúde, por este se constituir socialmente como um campo do conhecimento possuidor de um capital social mais eminente” (FÉLIX, 2006: 24).

As diferenças encontradas nos comentários acima permitem pensar como a noção de competência, apresentada por Bourdieu (2007), é produzida nos distintos espaços sociais como, por exemplo, a família e a escola. Para ele, cada um desses campos atribui um valor absoluto aos produtos nele engendrados. Enquanto o mercado escolar confere maior valor “à *competência cultural escolarmente certificada e à modalidade escolar*” (BOURDIEU, 2007: 85), fazendo-se visível na posse de um diploma de conclusão de curso superior, o mercado dominado por valores extra-escolares, “... *por exemplo, salões e jantares ‘mundanos’ ou quaisquer outras oportunidades da existência profissional (entrevista de recrutamento, palestras de diretoria, colóquios, etc.)*” (BOURDIEU, 2007: 85), inclusive escolares, cujo objetivo é avaliar o indivíduo na sua totalidade, tende a valorizar a relação familiar com a cultura, no sentido da significância atribuída à determinada prática social.

Ocupando um lugar elevado na hierarquia das profissões, a Medicina constitui-se em uma área detentora de notabilidade no campo acadêmico e científico. A busca por reconhecimento e projeção social pode ser observada desde a realização do vestibular para ingressar na universidade, visto que o curso de Medicina é um dos mais concorridos, intensificando-se com o passar dos anos, principalmente quando o profissional denota competência e qualificação.

## **5.2. Aspectos determinantes na escolha da Medicina como profissão**

A escolha da carreira médica possui diferentes motivações entre o grupo de profissionais entrevistados. A análise do conteúdo das entrevistas permitiu que fossem elencados os motivos que incidiram diretamente nas suas escolhas profissionais.

O quadro abaixo aponta as principais motivações que levaram os entrevistados a escolher a Medicina como profissão. Se a existência de outros familiares no campo médico aparece como o principal elemento influenciador nessa escolha, isso não significa necessariamente a ausência de outros aspectos como determinantes em relação à opção realizada. Ao contrário: ao longo da maior parte dos comentários foi possível observar a co-existência de mais de um fator preponderante na escolha. Dentre eles, destaca-se o interesse nos assuntos

tratados pela Medicina e o desejo de ajudar os outros, os quais foram mencionados por cinco entrevistados, respectivamente.

MOTIVOS DA ESCOLHA PROFISSIONAL															
Existência de outros familiares médicos					E10	E5		E9	E2	E7	E11	E12	E1	E1	<b>9</b>
Identificação com familiares médicos					E10			E9	E2		E11	E12	E1	E1	<b>7</b>
Interesse nos assuntos tratados pela Medicina	E14		E13	E6	E10			E9		E7					<b>6</b>
Perspectiva de ganhos financeiros															<b>0</b>
Status/Prestígio															<b>0</b>
Desejo de ajudar o outro	E14		E13					E9		E7				E1	<b>5</b>
Desafio							E3					E12			<b>2</b>
Não sabe		E4				E5									<b>1</b>

Dentre eles, contudo, destaca-se de forma significativa a identificação com familiares médicos, independentemente do gênero dos entrevistados. Sete dos médicos entrevistados relataram que a sua opção profissional pautou-se efetivamente nas experiências obtidas, ao longo da infância e adolescência, através do convívio com familiares médicos bastante próximos como, por exemplo, a figura paterna, irmãos mais velhos e avôs.

Embora sete profissionais tenham afirmado que a sua escolha profissional deve-se às experiências adquiridas ao longo do convívio com familiares médicos, percebe-se que a existência de médicos na família ultrapassa esse número, sendo um fenômeno frequente entre o grupo analisado, quer dizer, dentre o *corpus* desta pesquisa, nove dos entrevistados mencionaram a existência de algum parente direto como membro desse campo de atuação profissional.

Esses aspectos apontam para o fato de que a reprodução de valores e comportamentos ao longo da sucessão geracional indica a incorporação de elementos particulares por parte dos entrevistados no que se refere à prática profissional, incidindo diretamente no fenômeno denominado como “linhagem médica” (Machado, 1996a). Segundo Machado (1996a), a descendência familiar nesse campo de atuação representa uma característica comum entre os médicos no Rio Grande do Sul, os quais em 44,2% dos casos possuem laços de parentesco direto com indivíduos que também exercem a Medicina. É o que pode ser observado no relato dos sujeitos desta pesquisa:

“... no meu caso acho que foi muito a identificação familiar realmente. Meu pai é médico, tenho tio médico, tias médicas, primos médicos. A minha família é uma família que tem muita gente ligada à Medicina” (E11).

“Eu desde pequena, enfim, pelo fato do meu pai ser médico, frequentava o hospital, quando a gente ia buscá-lo no hospital. E eu me interessava, eu tinha curiosidade. Eu gostava de entrar no hospital para encontrá-lo. Muitas vezes, ia junto com ele ver algum paciente” (E10).

Em outra entrevista nota-se que a prática médica adquire, de certa forma, um caráter “tradicional” na trajetória histórica de uma família, sendo repassada de geração em geração como uma característica natural. De acordo com um dos entrevistados: *“O meu avô já era médico e meu pai também era médico. Isso me levou a escolher também... Desde adolescente eu já fui praticamente encaminhado para a Medicina”* (E2).

Enquanto na primeira metade do século XX, a trajetória social e profissional da elite médica regional encontrava na profissão dos familiares um indicador bastante frágil das origens sociais, pois a profissão era apenas um dos elementos, dentre muitos, que amparavam a posição social do indivíduo (Coradini, 1997), no contexto atual, ela pode ser considerada como um fator decisivo nas posições que esse indivíduo irá ocupar na sociedade.

Já o interesse nos assuntos tratados pela Medicina foi a segunda opção mais citada entre o grupo de entrevistados, refletindo a sua curiosidade por essa área de conhecimento. Ao longo das entrevistas, são frequentes as referências à Biologia, disciplina responsável por despertar o gosto pela temática ainda no tempo do ensino fundamental e médio. É o que ilustra a fala de um dos pesquisados: *“na*

*época do científico, eu tive muita intenção de fazer Medicina. Eu achava a área da saúde uma área com a qual eu me identificava muito*” (E7). O questionamento em relação à causa, à etiologia das doenças e seu tratamento, assim como em relação ao funcionamento dos mecanismos do corpo humano, leva-os a desenvolver habilidades peculiares e essenciais para o exercício profissional, quais sejam: a intuição, a curiosidade, a identificação do problema e o questionamento sobre o caso fático encontrado.

Assim como a questão referente ao interesse sobre os assuntos tratados pela Medicina, o desejo de ajudar os outros também aparece em segundo lugar como motivação no momento da escolha da carreira profissional. As particularidades da atividade médica, no sentido de ser uma prática que tem como objetivo principal aliviar o sofrimento humano, podem ser consideradas como elemento significativo para entender essa opção.

Segundo Stepke (2006), a Medicina tradicional é caracterizada pela tríade composta pela presença do médico, do enfermo e da doença; e com o intuito de combater a doença torna necessário que o médico e o doente unam-se a fim de encontrar os melhores meios para tornarem o tratamento eficaz. A partir dessa relação, é preciso destacar a singularidade da ação médica em comparação à ação do enfermo, uma vez que a prática do médico é percebida como uma prática de perito, ou seja, é ele quem detém o conhecimento formal sobre a doença, além de reunir as informações mais relevantes sobre o paciente (o qual na maioria das vezes não as conhece). Com base nesse aspecto, o profissional adquire a legitimidade de dominar esse saber, tendo a exclusividade de administrá-lo e comunicá-lo aos usuários dos serviços de saúde.

Além do fato de a Medicina fornecer um suporte para a compreensão do organismo humano e da etiologia das doenças, a proximidade estabelecida entre médico e paciente, bem como a possibilidade de contato com as pessoas, o qual permite, conseqüentemente, a intervenção do profissional para aliviar a dor e o sofrimento do enfermo, são ferramentas que permitem entender o ideal de ajuda humanitário encontrado nas narrativas ao longo das entrevistas qualitativas, que pode ser percebido nos seguintes relatos:

“Eu sempre tive muito interesse nos assuntos ligados à Medicina e em ajudar pessoas. Isso sempre me fascinou. E o fato de poder lidar com as pessoas, ter o contato humano direto e, dentro desse



contato, poder estudar, ter conhecimento para poder ajudar essas pessoas, ou aliviar o seu sofrimento, sempre foi um estímulo muito grande para mim” (E14).

“... desde muito cedo, ainda quando estava no internato, na minha formação no científico, na época do científico, eu tive muita intenção de fazer Medicina. Eu achava a área da saúde uma área com a qual eu me identificava muito. E sempre gostei muito dos aspectos ligados à saúde e doença, das pessoas, o atendimento às pessoas” (E7).

“... existem duas coisas que nortearam minha escolha. Uma delas foi a questão realmente da questão da ajuda às pessoas, que é uma característica que eu tenho desde criança; e a outra foi a questão da pesquisa... na minha área principalmente, que é a área de cancerologia. Eu sempre quis muito estudar o câncer. Então eu acho que essas duas coisas acabaram me acompanhando em alguns momentos da minha vida que levaram para que eu optasse pela Medicina” (E13).

Para Freidson (1978), as origens da construção clínica da enfermidade auxiliam no entendimento sobre a maneira pela qual os profissionais da Medicina percebem a diversidade de diagnósticos e práticas terapêuticas na Medicina contemporânea em relação à dor e sofrimento do usuário de seus serviços. Dentre as variáveis existentes, o autor destaca que há dependência da prática clínica em relação ao otimismo, pessimismo ou à outra preferência pessoal do profissional da Medicina ao longo de seu cuidado com o enfermo e na sua interpretação sobre os signos e sintomas com os quais se depara. Assim sendo, “... *el médico tiende a creer en la terapéutica que utiliza; al creer influye para que el paciente responda favorablemente e influye sobre sí mismo al ver una mejoría si no curación*”<sup>111</sup> (FREIDSON, 1978: 269), possibilitando, ainda que mediado pelo uso de tecnologias, como é o caso da Medicina Baseada em Evidências, o seu reconhecimento social.

Ao discorrerem sobre os elementos que os levaram a cursar Medicina, os entrevistados permitem que seja percebido nos seus depoimentos o entrelaçamento existente entre o interesse nos assuntos tratados pela Medicina e o desejo de ajudar as pessoas. A curiosidade pelo campo técnico-científico e a predisposição em relacionar-se com as pessoas, isto é, “... *a identificação pelos humanos, em*

---

<sup>111</sup> Tradução livre: “... *o médico tende a acreditar na terapêutica que utiliza; ao acreditar influi para que o paciente responda favoravelmente e influi sobre si mesmo ao ver uma melhora no tratamento, senão a cura*”.

*trabalhar com pessoas*”, ao contrário de serem auto-excludentes implicam uma “simbiose”, uma coexistência, sendo citados pelos entrevistados simultaneamente.

É preciso destacar também a existência de outras causas determinantes para a escolha da profissão. Estas se referem, em dois momentos, à opção pela Medicina por representar um desafio a ser cumprido, seja pelas dificuldades encontradas para o ingresso no curso, devido à grande concorrência no vestibular, seja pelos obstáculos característicos da própria formação médica, visto que o curso de Medicina é considerado ainda pela sociedade como um curso elitizado, possível de ser cursado por atores sociais provenientes de posições sociais prestigiadas na sociedade<sup>112</sup>. Esse aspecto pode ser percebido em alguns dos depoimentos colhidos ao longo da pesquisa de campo. Conforme relata um dos entrevistados, a opção pela Medicina foi motivada por circunstâncias não previstas anteriormente:

“Bom, isso é um pouco complicado porque **(pigarro)**, inicialmente, eu tinha uma ideia de ser piloto de caça. Ou seja, uma aviação agressiva, né, lá nos ares. Mas eu tinha essas ideias até aí pelos 14, 15 anos de idade. Até que eu tive esse acidente [**mostra a sua mão, na qual falta um dos dedos**]. Esse acidente foi na quarta série do ginásio. E isso me tornou, digamos assim, em relação ao serviço militar, uma terceira categoria. Inclusive, no meu certificado de alistamento consta: ‘inválido para o serviço militar’. Então, isso acabou com qualquer ideia de que existisse esse tipo de profissão. E a partir desse momento entrou o raciocínio assim: o que eu faço? Então, eu decidi fazer Medicina por representar um esforço. Um esforço grande que compensasse a situação anterior do esforço do pai. E foi assim que surgiu a

---

<sup>112</sup> Analisando as transformações na composição social dos profissionais da Medicina no Rio Grande do Sul, Coradini (1997) observa mudanças na composição sócio-econômica dos alunos de Medicina no estado ao longo do século XX. Se em um primeiro momento, a posição social era fundamental para que um indivíduo pudesse tornar-se médico, visto que os alunos do curso de Medicina eram predominantemente filhos de pais prestigiados (industrialistas, fazendeiros ou profissionais com formação universitária), a partir da década de sessenta, nota-se um processo de diversificação e “democratização” das origens sociais dos acadêmicos, fato que pode ser explicado pela expansão das escolas de Medicina no estado. Segundo o autor, “... tudo indica que a medicina passa a ser, majoritariamente, uma ocupação escolhida por filhos de detentores de uma posição de destaque, até mesmo dominante quanto ao capital econômico ou cultural [68,24%]. Contudo, em contrapartida, a origem social de uma parcela expressiva dos alunos é bastante humilde [31,76%]. Certamente, este processo está vinculado à expansão do ensino médico, com a abertura de diversos novos cursos a partir da década de 1960, tanto na capital quanto no interior do Rio Grande do Sul. Há, porém, outros determinantes do acesso e seletividade, tais como as condições da educação pré-universitária, por exemplo. De qualquer modo, deve-se destacar que, nesse novo contexto, o título de médico já não é mais suficiente para garantir a raridade e a exclusividade sociais, típicas do início do século” (CORADINI, 1997: 277).

profissão. A ideia da profissão de Medicina como uma compensação de esforço, e com a qual me dei muito bem”<sup>113</sup> (E3).

O mesmo pode ser observado em outro comentário, quando o profissional explica que a escolha pela Medicina deu-se com base na ideia de que ela representava um desafio pessoal, visto que o próprio ingresso no curso de graduação já apresentava uma dificuldade a ser superada, devido à grande concorrência no vestibular, assim como no próprio processo de formação do profissional. A superação desses obstáculos significava uma conquista para alguém que possuía suas origens sociais em camadas populares, possibilitando, assim, uma “ascensão” social.

“Teve basicamente dois motivos importantes. O primeiro foi que a minha família, que era uma família muito pobre, e o meu irmão, dez anos mais velho de mim, tinha acabado de cursar Medicina e tinha entrado para a residência. Então, o meu irmão era a primeira pessoa da nossa família toda a fazer um curso superior. Foi o primeiro a fazer universidade pública de toda a nossa família. Mas, quando eu fiz, eu podia ter feito para Agronomia. Eu estava em dúvida se eu fazia para Agronomia, para Veterinária ou para Medicina. E acabei fazendo para Medicina porque era um desafio maior” (E12).

Dentre a população investigada, apenas um dos entrevistados não relatou os motivos que o influenciaram a optar pela carreira médica, argumentando não saber as causas que o levaram a tornar-se médico. Da mesma forma, é preciso ressaltar que, dentre as alternativas apresentadas no formulário, nenhum dos pesquisados mencionou a perspectiva de ganhos financeiros e o prestígio e status social como motivações para a escolha da carreira profissional, embora a última alternativa tenha sido identificada ao longo da entrevista qualitativa, quando um dos

---

<sup>113</sup> O entrevistado refere-se ao fato de sua família mudar de residência várias vezes, a fim de que os filhos pudessem continuar estudando; primeiro do meio rural para uma cidade pequena, mais tarde para uma cidade maior. Conforme o próprio relato do entrevistado, seu pai “... *tinha uma visão muito ampla da vida. Eu penso: tu imaginas, uma das etapas que se viveu foi no campo. Eu caminhava sete quilômetros para ir do local onde eu residia, (...), para ir à vila (...), para chegar ao colégio. Depois, moramos na própria sedezinha, depois se foi para (...) [outra cidade]. Ele tinha uma visão de futuro muito própria e incomum na época. Nunca me explicou os motivos, mas eu também nunca perguntei; mas ele entendeu que havia futuro no estudo. Talvez, o fato do irmão dele, ter feito um [curso] (...) e ocupar um cargo dessa natureza, tenha feito ele pensar que os filhos dele poderiam seguir esse tipo de coisa. Porque ele, quando me perguntou se a gente iria continuar estudando, ele não perguntou o quê. Só se iria. O quê veio depois*” (E3).

profissionais explica que o meio familiar no qual foi criado destacava as profissões liberais, especialmente a Medicina e o Direito, como atividades bastante valorizadas.

No que diz respeito à trajetória profissional dos investigados, apenas três deles formaram-se até a década de sessenta. Seis possuem formação ao longo dos anos setenta, três obtiveram o grau de bacharel em Medicina na década de oitenta e dois na década de noventa. A época de formação no curso de Medicina torna-se relevante pelo fato de a própria Medicina sofrer influências do contexto histórico, político e social no qual está inserida (Luz, 1988). Nesse sentido, a racionalidade médica, como um dos expoentes da ciência moderna, incorpora os movimentos dos objetos por ela tematizados, independentemente de esses objetos serem materiais ou sociais, influenciando, por consequência, o próprio entendimento que os médicos possuem sobre a realidade que os cerca. O período de aquisição do saber médico passa a ser, desse modo, uma variável importante para a compreensão da forma pela qual esses profissionais apreendem as novas tecnologias no campo da saúde.

Se a formação profissional ocorreu nas escolas médicas mais tradicionais no estado do Rio Grande do Sul, a inserção no campo de atuação profissional aconteceu logo após a colação de grau. A diferença encontrada é que, enquanto alguns dos entrevistados encaminharam-se diretamente para a residência, buscando uma especialização em uma das áreas médicas, outros optaram pela experiência clínica e/ou cirúrgica, antes de realizarem a residência<sup>114</sup>.

Com base na tabela abaixo, o local do primeiro emprego indicado pelos entrevistados apresenta a seguinte disposição: seis deles permaneceram na capital e oito dirigiram-se para o interior do estado, seja para realizar um curso de residência médica, seja para clinicar em pequenos municípios.

---

<sup>114</sup> É preciso salientar que esta disposição é influenciada pela época em que os entrevistados se formaram, visto que a residência passou a ser percebida como uma prática comum a partir de meados dos anos setenta.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL				
Ano da Formatura	Instituição	Ano 1º emprego como médico	Local 1º Emprego	Titulação obtida
1944	UFRGS	1944	Interior	Residência
1954	UFRGS	1955	Interior	Especialização
1964	UFSM (UFRGS)	1966	Interior	Especialização
1970	UFRGS	1971	Capital	Doutorado
1971	UFSM	1971	Capital	Residência
1972	UFRGS	1974	Interior	Doutorado
1975	PUC-RS	1978	Interior	Doutorado
1978	UFRGS	1979	Capital	Doutorado
1979	UFSM	1980	Interior	Mestrado
1982	PUC-RS	1983	Capital	Pós-Doutorado
1988	PUC-RS	1993	Capital	Doutorado
1989	UFRGS	*	Interior	Pós-Doutorado
1997	Furg	1998	Interior	Especialização
1995	UFSM	1996	Capital	Doutorado

\* O entrevistado nunca chegou a clinicar.

A titulação é outro indicador referente à construção da trajetória profissional desses médicos. A análise dos questionários aplicados antes da realização das entrevistas em profundidade mostra que cinco realizaram apenas a residência ou especialização em uma das áreas de atuação da Medicina; um deles possui o título de mestre e outro o título de pós-doutorado, enquanto seis realizaram o curso de doutorado.

O conceito de trajetória, conforme explica Bourdieu (2007), é compreendido no sentido de deslocamento dos indivíduos no espaço social, visto que a posição social que eles ocupam e a sua disposição na sociedade encontram-se entrelaçadas, ou seja, é o conjunto de experiências que o ator social adquire no campo que irá levá-lo a ocupar um determinado lugar na sociedade.

### 5.3. A formação acadêmica dos médicos gaúchos

A formação de profissionais da Medicina incorpora elementos de ordem formal e informal, cujas habilidades obtidas nos bancos escolares, nos contatos realizados com os docentes e com os colegas, além das experiências de ordem subjetiva adquiridas fora do campo institucional, são importantes para a construção da prática médica.

Se os estudantes de Medicina aprendem Medicina na sala de aula (espaço de alta institucionalidade), meio no qual adquirem o conhecimento técnico, o

domínio de um determinado tipo de saber que é legitimado pela sociedade, é no espaço de baixa institucionalidade que eles aprendem a ser médicos, ou seja, é através das práticas e experiências paralelas às de sala de aula que eles incorporam os valores ligados à profissão e às hierarquias nela presentes, apreendendo as formas de agir e de comportar-se diante de situações determinadas (Moura, 2004).

A vivência nessa “escola paralela”, conforme explica Moura (2001), é que permite ao indivíduo aprender a agir como médico, pois é nessa esfera que ele passa a adquirir experiência, através do treino, que lhe possibilita aplicar todo o conhecimento técnico adquirido na escola formal. É ao transitar por esses dois espaços que o jovem médico constitui o seu *habitus* profissional, isto é, adquire uma cultura profissional, aderindo a um conjunto de normas, as quais podem ser escritas ou não.

A experiência relativa à prática médica é produto dessa circulação pelas esferas formais e informais, embora a última tenha um peso mais significativo na formação do profissional da Medicina. Conforme expõe um dos entrevistados,

“... na base de formação científica, de formação profissional deixou a desejar; mas o ambiente humano foi muito bom. Naquela época, a gente seguia os professores; quando tinha um professor assim que estava mais disposto, que era mais receptivo, se procurava por ele e ia pegando um pouquinho ali, um pouquinho acolá. É assim, a gente vai garimpando durante todo o curso” (E4).

O depoimento indica que embora o conhecimento adquirido em sala de aula nem sempre seja satisfatório, levando-se em conta os atributos de formação didática e as experiências junto aos pacientes por parte do professor, as lacunas deixadas são preenchidas pelo empenho e estratégias desenvolvidas pelo aluno para buscar as informações que faltam, através de ações táticas “... de *‘sobrevivência’ e distinção num campo profissional muito competitivo e tensionado*” (MOURA, 2001), tanto pela competitividade interna do campo profissional, quanto pelas expectativas sociais que são depositadas em relação à prática médica.

Além desse aspecto, nas falas dos entrevistados emergem dois fatores recorrentes e decisivos para a caracterização de sua experiência discente no campo da Medicina. O primeiro grupo enfatiza, pelo fato de estar trabalhando, a escassez de tempo encontrada ao longo do período de estudos universitários e a sua

dificuldade em conciliar o tempo disponível com os horários e as exigências características à formação médica:

“Eu tive que trabalhar para me sustentar. Meu pai, embora médico, ele era perseguido político na época; ele não pôde exercer a profissão; então, eu estava numa situação de ter que trabalhar para sustentar a minha formação médica. Só que na prática foi difícil, principalmente nos dois últimos anos, quando a gente entra na prática cirúrgica” (E2).

“A minha faculdade foi um período bastante difícil, porque eu trabalhava das sete da noite às duas da manhã. Trabalhava num banco, para custear meus estudos. Então, não foi uma coisa muito ‘prazerosa’ assim. Foi até uma coisa bastante difícil” (E11).

É preciso salientar, no entanto, que a opção em trabalhar no momento em que esses entrevistados estavam cursando Medicina não significa necessariamente a presença de dificuldades financeiras. Se esse aspecto é realçado na narrativa apresentada pelo primeiro relato, o autor do segundo depoimento decide trabalhar não por uma questão de dificuldade econômica familiar, mas, ao contrário, pelos valores adquiridos no seu processo de socialização no ambiente doméstico, cujo papel é determinante para a tomada de sua decisão: *“Na verdade, eu me mantive durante toda a minha faculdade. Eu trabalhava durante a noite e estudava de dia. Fiz toda minha faculdade puxando com meus próprios recursos. Mas isso é uma opção minha, uma opção de independência financeira minha, que eu acabei levando adiante e foi muito bom”* (E11).

Os fatos marcantes ao longo do período de graduação para o segundo grupo, por sua vez, estão relacionados ao conjunto de experiências adquiridas no seu envolvimento com as práticas de laboratório e a “iniciação científica”. Como a maior parte dos entrevistados formou-se a partir da década de setenta, a possibilidade de participar de projetos de pesquisas e de acompanhar estudos de base e estudos clínicos ao longo da formação acadêmica cresceu em relação às décadas anteriores. Dessa forma, enquanto a Medicina anterior caracterizava-se por um “conhecimento enciclopédico”, fundamentado nas experiências do professor, adquiridas ao longo da sua trajetória clínica, os cursos de Medicina, a partir dos anos setenta, passam a incorporar um elemento inovador, o qual resulta na pesquisa de iniciação científica contemporânea. Esse elemento possibilitou aos alunos a participação e o acompanhamento dos estudos coordenados pelos docentes, fator

que “redefiniu” a própria prática de ensino no setor. Essas mudanças podem ser observadas nos depoimentos a seguir, os quais deixam transparecer a importância que o envolvimento e a participação nos laboratórios e no acompanhamento de pesquisas teve na sua formação:

“... no terceiro ano, comecei a fazer o que hoje se chamaria de iniciação científica. (...) [alguns] professores que estavam iniciando a carreira acadêmica tiveram uma influência grande; eles estavam iniciando a sua atividade na universidade e já praticavam uma Medicina mais moderna do que a praticada anteriormente aqui em Porto Alegre” (E9).

“... naquela época não havia dentro das faculdades de Medicina alguma coisa diretamente voltada ao aluno que tivesse interesse em fazer pesquisa. Pois o meu pai além de médico era também professor universitário. Então, bastante envolvido com pesquisas, congressos, e coisa e tal, que era uma coisa que eu gostava muito e já ia, desde o primeiro ano, acompanhando o meu pai. Então, eu imediatamente me integrei a esse grupo de pesquisa e efetivamente comecei a trabalhar com pesquisa no terceiro ano da graduação” (E10).

“... durante o curso, a gente tem uma área básica e uma área clínica. Na época, nós tínhamos dois anos de básico. Eu lembro que durante o básico, pelo fato de eu gostar da parte de pesquisa, achei aquele básico muito curto. E eu acabei atrasando um semestre em função disso, porque eu queria estudar mais. Eu tive uma bolsa de iniciação científica na época e atrasei a minha entrada na clínica. Nesse período eu também comecei a acompanhar a Patologia, que é uma especialidade, dentro da Medicina, extremamente laboratorial, não envolvendo o paciente. E eu me identifiquei muito com aquela especialidade. Comecei a estudar mais de forma que, quando eu entrei na clínica, eu tive um certo choque, assim, porque eu já não sabia mais se eu queria realmente lidar com o paciente ou se eu queria ficar lá no laboratório. Então, eu fiquei em conflito durante uns dois ou três anos” (E13).

O envolvimento desse grupo com as práticas de laboratório, desde os primeiros semestres do curso, implica diretamente a disposição de sua trajetória profissional, resultando, outrossim, na continuidade dessas atividades na execução de seu ofício ao longo do tempo. Nesse sentido, a predisposição em realizar pesquisas clínicas ou experimentais está diretamente associada à “conversão” desses atores sociais, ainda enquanto alunos de Medicina, a uma lógica de funcionamento particularizada, que se distingue dos procedimentos convencionais



de aquisição de uma cultura médica, pois envolve significados e símbolos exclusivos ao ambiente laboratorial.

Esses significados e símbolos podem ser percebidos, como explica um dos entrevistados, pelo seu caráter lúdico<sup>115</sup> atribuído às tarefas investigativas sobre um determinado tipo de problema, cuja realização não requer uma proximidade com os aspectos conflituosos da prática médica como, por exemplo, a morte do paciente. Embora a investigação de uma determinada problemática no setor da saúde parta sempre da existência de um caso concreto, para cuja enfermidade é necessário encontrar uma “solução”, o envolvimento entre o sujeito e o objeto é distinto. A pesquisa possibilita conhecer materialmente aquilo que está disponível para a maior parte dos indivíduos somente em livros ou através de notícias. O espaço do laboratório potencializa a capacidade da descoberta, do novo, invertendo os momentos experimentados na clínica, cujo limite entre a vida e a morte são bastante tênues; a sensação de “impotência” diante do curso da morte é substituída pela possibilidade que emerge a cada nova descoberta, a qual pode redirecionar o curso de uma determinada doença.

O campo da ciência passa, desse modo, a ser considerado um espaço no qual o pesquisador tem a possibilidade de produzir uma verdade racionalmente, mesmo que esses fatos científicos sejam produtos de uma construção social caracterizada por dimensões, níveis e fatores muito heterogêneos.

Se, para Latour (1997, 2000), a verdade e a razão não podem ser tomadas como dados da ciência, visto que o espaço de um laboratório produz uma série de traços e atividades que transformam certos tipos de enunciados em outros enunciados, os quais não dependem apenas do trabalho intelectual e discursivo de seus agentes, mas derivam também da mobilização de um conjunto de práticas, técnicas e objetos, humanas e não-humanas, que são materializações de debates estabelecidos anteriormente, não há como negar, segundo Bourdieu (1983) que o campo científico seja caracterizado pela autonomia e pela particularidade de que a

---

<sup>115</sup> Essa ideia de caráter lúdico é explicada por um dos sujeitos da pesquisa pelas características particulares da prática de laboratório: “... até o último momento eu fiquei em dúvida. E por que dessa dúvida? Porque eu adorava a coisa lúdica da ciência, que é a coisa de trabalhar brincando, se divertir muito com o que faz; quando a gente tem um artigo aceito a gente faz uma festa... é uma tradição! E isso não existe na prática clínica. As pessoas que chegam para a prática clínica vêm com um problema a ser resolvido. E a gente tem que ir lá e tem que resolver o problema da pessoa. Ela não tem um componente lúdico do trabalho. Então, o que eu queria fazer o resto da minha vida?” (E12).

ideia de verdade contém determinado peso pelo fato de ser produto de um jogo de forças sociais.

Deste modo, os universos científicos são similares ou idênticos aos demais, sendo pontuados pelos deslocamentos de interesses ou objetivos, através de um processo de tradução, pelo qual os atores sociais agem constantemente traduzindo seus interesses, linguagens, problemas em relação aos dos outros no contexto do laboratório. É através da noção de rede sociotécnica (entendida como uma instância jamais definitiva e sempre em ação) que o autor explica como são construídas as relações entre humanos e objetos no âmbito do laboratório.

Ao contrário de Latour (1997, 2000), para quem os universos científicos são percebidos como universos semelhantes aos demais universos presentes na sociedade, Bourdieu (1983) percebe que embora o campo científico seja uma instância que tenha características comuns as demais instâncias sociais, ele manifesta também um grau de autonomia e especificidade, que diz respeito ao jogo social, isto é, ao espaço de lutas concorrenciais estabelecidas entre os cientistas para obter prestígio, status social, legitimidade e poder. É a partir desse jogo de relações sociais, na busca de uma autoridade científica, que um determinado argumento é reconhecido como autêntico e verdadeiro pelos pares que fazem parte da comunidade científica e, conseqüentemente, pela própria sociedade.

#### **5.4. Mudanças após a formatura**

As mudanças destacadas após a obtenção do título de bacharel em Medicina dizem respeito aos elementos intrínsecos à profissão, destacando-se a concorrência no interior do campo profissional. A competição e as tensões entre os pares exigem que o jovem médico desenvolva estratégias de distinção no meio social no qual se encontra inserido.

A interiorização de uma forma peculiar de atuar, produto do entrelaçamento entre os estímulos subjetivos e a formação teórica adquirida, opera paralelamente com as expectativas apresentadas em relação ao mercado de trabalho, o qual sofreu alterações ao longo das últimas quatro décadas, abrindo espaço cada vez maior para a especialização da prática médica.

Aqueles profissionais formados até a metade dos anos setenta veem na residência<sup>116</sup> uma possibilidade de diferenciação entre os pares, decisão inovadora para a época, visto que a residência não era um curso comum naquele período. Os médicos formados ao longo dos anos oitenta e noventa, por sua vez, percebem a residência como uma obrigatoriedade, cuja especialidade não depende exclusivamente de sua vontade, mas está sujeita à própria lógica de mercado e às exigências por ele apresentadas.

Enquanto o grupo de médicos entrevistados que atuam no mercado há mais tempo destaca o grau de incerteza trazido pela escolha de uma determinada especialidade, os profissionais com menor tempo de atuação profissional percebem a residência como um processo inerente à carreira. Essas diferenças são observadas na maneira pela qual cada um dos grupos investigados experimenta a sua entrada no mercado de trabalho:

“Após a formatura, eu tinha um diferencial: tinha uma profissão, a qual eu poderia começar imediatamente a exercer. Na época, a residência médica não era uma coisa que fosse muito estimulada; não se tinha residência médica. Podia ser um clínico e trabalhar bem. Então, qual foi o diferencial? Você tinha uma profissão que na época era mais fácil de ser exercida, menos competitiva. Mas se entrava num dilema: de tentar uma especialização, na época residência médica, ou não. Então, o dilema era: eu retardo os meus sonhos porque eu vou fazer uma especialização ou eu já vou direto para o mercado de trabalho? Isso era o primeiro. E para o mercado de trabalho, eu vou para o interior que é mais carente, e a capacidade de você, na época, auferir lucro era muito maior, ou eu fico na capital, disputando com os tradicionais?” (E6).

“Em 1954, quando eu me formei, não havia esta instituição que se chama residência. Então, a gente já tinha que se preparar para o exercício profissional durante o estudo. E no quarto, quinto ano já começava a prática. A gente já ia para a enfermaria, a gente já olhava a obstetrícia, a gente já olhava as cirurgias, a gente ficava na enfermaria fazendo, aprendendo clínica” (E2).

“... tem a questão da mudança com relação aos pacientes, porque tu tens uma autonomia muito maior para decidir as coisas e que

---

<sup>116</sup> No Brasil, os primeiros programas de residência médica surgiram na década de quarenta no estado de São Paulo e do Rio de Janeiro. Contudo, a sua difusão ocorreu basicamente ao longo dos anos setenta, período em que foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão do Ministério da Educação responsável por fiscalizar, regulamentar, controlar e padronizar o conteúdo dos diversos programas existentes e das condições nas quais eles se desenvolviam, assim como que características passariam a assumir a partir daquele período. Nesse sentido, a residência pode ser definida como “... uma modalidade de pós-graduação (...), fundamentada no princípio pedagógico do treinamento em serviço, formando especialistas” (Machado, 1997: 66), a partir da experiência clínica que, muitas vezes, pode se contrapor ao conhecimento estabelecido cientificamente.

dá certo medo, no início da formação do residente, mas que é uma coisa que naturalmente a gente vai desenvolvendo. Aquela autonomia de poder ter o cuidado de prescrever; mas a responsabilidade é muito maior e a carga de trabalho é muito maior como residente do que como aluno da graduação. Então, isso também a gente estranha” (E13).

Se os primeiros depoimentos trazem em seu discurso a tônica da forma de aprendizado da prática clínica, adquirida nos bancos escolares através do contato direto e intenso com o paciente e a doença, tendo a residência um significado duplo, ou seja, o sentido de especialização e o sentido de morada, quer dizer, de presença permanente<sup>117</sup> dos estudantes e jovens médicos nas instituições hospitalares, conferindo-lhes, desse modo, um grau de confiança em relação as suas ações, o último relato indica o receio diante das decisões a serem tomadas, a emergência de uma autonomia, anteriormente tutelada pela figura do mestre, do preceptor, que, embora presente, abre margem para a resolução do problema, de uma circunstância fática, pelo próprio “médico-aprendiz” de uma determinada especialidade.

As mudanças observadas ao longo da história da Medicina auxiliam a pensar a própria dinâmica dos cursos de residência médica no Brasil. Tradicionalmente, os residentes em Medicina eram denominados de “aprendizes”, pois o objetivo do curso era aprimorar a formação profissional, seja por necessidade ou deficiência decorrentes da terminalidade da formação médica na graduação. A proposta era de que, através da experiência e vivência clínica diária com os pacientes, o jovem médico adquirisse condições práticas e cognitivas para transpor o saber para o fazer, isto é, soubesse como aplicar o conhecimento teórico, aprendido ao longo da graduação, na prática profissional.

Com o passar do tempo, no entanto, a própria dinâmica dos cursos de especialização é alterada. Enquanto, num primeiro momento, a residência era percebida como uma complementação na formação profissional, atualmente, ela passa a ser observada como uma esfera primária para a entrada no mundo do trabalho. Para Machado (1997), esse processo é explicado pelo duplo movimento observado na esfera da saúde: por um lado, os médicos recém-formados são pressionados pelo próprio mercado de trabalho a adquirir um conhecimento

---

<sup>117</sup> Era comum, até a década de sessenta, que os estudantes de Medicina fossem internos em instituições médico-hospitalares, onde realizavam a sua formação. Assim, além de serem “residentes”, no sentido de aperfeiçoamento profissional, também eram “residentes” no sentido físico, visto que era no próprio hospital que eles moravam.

específico sobre a maneira como funciona o organismo humano; por outro, esses médicos saem do papel de aprendizes e se transformam, de forma precoce, em trabalhadores da saúde, com jornadas de trabalho elevadas, baixa remuneração, etc.

### **5.5. O primeiro emprego**

As manifestações referidas sobre a inserção no mercado de trabalho reportam sentidos diferenciados, os quais estão relacionados ao contexto geracional no qual estão inseridos os informantes.

Sabendo-se que a formação da identidade médica profissional no Brasil consolidou-se ao longo de três momentos no século passado, o período em que os entrevistados passam a atuar como médicos é significativo para retratar as suas representações e sentidos em relação ao primeiro emprego.

Sendo assim, a leitura dos dados permite a divisão dos sujeitos pesquisados em três grupos distintos, quais sejam: médicos formados até a década de cinquenta, médicos formados entre os anos sessenta e setenta e médicos formados a partir da década de oitenta.

O primeiro grupo, cujos integrantes já possuem a profissão consolidada e encontram-se no final da carreira, manifesta em suas falas elementos relacionados à prática médica liberal, para a qual o mercado de trabalho não apresentava, naquele momento, dificuldades de inserção no mercado de trabalho. A relação entre o profissional e o paciente era mediada exclusivamente pela independência intelectual do médico, o qual possuía autonomia absoluta nas decisões acerca dos procedimentos de diagnóstico e de tratamento. Logo, o primeiro emprego geralmente ocorria a partir de convites pessoais de colegas mais velhos que atuavam em diferentes regiões do estado. É o que se observa no relato de um dos entrevistados, que descreve seu primeiro emprego como uma continuidade dos serviços prestados a um colega no interior ainda quando estudante de Medicina:

“... foi com um colega do interior (...); ele chegou ao pronto-socorro e procurou um estudante para substituí-lo nas férias. Porque os médicos de interior faziam assim: bom se eu vou tirar férias - médico único no lugar pequeno - eles não queriam deixar a clientela sem assistência. Então, vinham no pronto-socorro em Porto Alegre e perguntavam: ‘Quem é que quer ir para o interior e ganhar um dinheirinho lá? E fazer um mês de Medicina para aprender na marra?’. E eu fui escolhido por um colega (...) e eu fui

lá. E ele se agradou tanto do meu serviço, do trabalho, da minha eficiência que ele me convidou para me associar com ele depois da formatura. Isso foi o início da minha vida no interior” (E2).

Atuar em uma pequena comunidade significava aprofundar a experiência clínica apreendida nas instituições médico-hospitalares da capital ou nos principais centros urbanos existentes no estado naquele período. A expressão *“fazer um mês de medicina para aprender na marra”* (E2) caracteriza a maneira pela qual ocorre a formação dos profissionais da Medicina. É apenas ao lidar diretamente com os pacientes e com a doença que o aspirante a médico adquire o conhecimento necessário para dominar e operar o saber técnico e teórico aprendido na sala de aula. O contato com o enfermo e a enfermidade concede ao médico um conhecimento que, muitas vezes, ainda não foi sistematizado e verificado cientificamente. É a partir da observação dos fenômenos clínicos e da ocupação direta com os problemas deles provenientes que a formação médica se completa.

Essa formação é necessária, pois, conforme explica Becker, a experiência clínica não pode ser adquirida através do estudo acadêmico formal. Em determinadas situações, o conhecimento clínico pode, inclusive, sobrepor-se ao saber comprovado cientificamente, passando a ser utilizado para *“... legitimar um conjunto de procedimentos para o tratamento de um paciente e, da mesma forma, pode ser usado para contra-indicar alguns procedimentos que tenham sido estabelecidos cientificamente”* (apud Machado, 1997: 67). Neste sentido, de acordo com Freidson (1978), os usos da tecnologia e do saber científico não podem ser tomados como os fatores preponderantes na prática médica cotidiana. Ao contrário, o conjunto de decisões tomadas pelo profissional da Medicina encontra-se apoiada fundamentalmente na sua experiência clínica pessoal a partir da observação e experiência obtida no acompanhamento de casos individuais e concretos.

Em outra entrevista, com um profissional que se formou no mesmo período, visualiza-se novamente como as relações estabelecidas entre os pares possibilitava o ingresso no mercado de trabalho de maneira rápida, visto que a concorrência entre os profissionais pela distinção no campo ainda não era tão frequente. Contudo, nesse depoimento, também já se podem verificar as mudanças que começam a ocorrer nesse espaço, as quais irão culminar no declínio da Medicina liberal:

“Fui convidado e fui para lá [cidade do interior] e tinha uma clientela particular bastante boa que vinha de Santa Catarina, do oeste catarinense, fazendeiros, inclusive. Depois quando começaram a desenvolver os Institutos, criados em 1944 por Getúlio, então, começou a minguar esse movimento e muita gente já vinha com IAPC, IAPI... então eu tinha que abandonar nos primeiros anos” (E1).

Essas transformações mencionadas no comentário acima se referem à conjuntura que a sociedade brasileira estava vivenciando entre as décadas de quarenta e setenta. A partir da emergência da globalização e do declínio do estado de bem-estar social, os países periféricos, como o Brasil, passam a se deparar com questionamentos acerca de critérios de distribuição de renda e de justiça social. Desse modo, o Estado assume uma perspectiva desenvolvimentista, na qual o aparelho estatal assume o papel de promotor das mudanças sociais, isto é, parte-se da ideia de que o desenvolvimento econômico levaria ao desenvolvimento social (Cohn, 1997).

É nesse contexto que as instituições médicas passam por um processo de reorganização estrutural e simbólica, tentando acompanhar as mudanças decorrentes da industrialização e urbanização da sociedade brasileira. Se até aquele período a prática médica pautava-se, como se pode observar no comentário do entrevistado, no princípio liberal, cuja base ideológica era orientada pelo ideal de autonomia da prática médica e dos usos do saber técnico-científico, encontrando-se isenta de qualquer tipo de influência leiga<sup>118</sup> sobre o agir profissional, a partir dos anos quarenta, o Estado irrompe como uma instância de poder que passa a mediar as relações estabelecidas no campo da saúde através da implementação de políticas públicas de saúde.

A interferência do Estado nos assuntos e decisões ligados às instituições de saúde desencadeia uma série de conflitos, que alteram a dinâmica da relação até então estabelecida entre o médico e paciente. O tipo de clientela dos profissionais da Medicina já não é mais a mesma, pois o atendimento privado cede lugar aos atendimentos mediados pelos Institutos de Previdência Social, cujo objetivo é racionalizar o atendimento médico através da padronização dos descontos e da

---

<sup>118</sup> A influência leiga sobre a prática do profissional da Medicina é entendida, nesse contexto, como qualquer tipo de interferência que tenha sua origem no mercado, no Estado, na Igreja, etc.

uniformização dos serviços, além de estender a cobertura médica àqueles setores desassistidos da população (Luz, 1986).

Alteradas as relações sociais entre os profissionais da Medicina e a sociedade, da mesma forma que mudou o cenário nacional, mudaram também as estratégias de inserção no mercado de trabalho.

Ao contrário do grupo anterior, o segundo grupo traz em seu discurso um elemento novo. Embora ainda existisse, e fosse bastante comum, a possibilidade de iniciar a carreira a partir da atuação clínica, quer no interior do estado, o qual se apresentava como um campo ainda promissor, quer na região metropolitana, a universidade emerge como uma nova possibilidade de distinção profissional e social.

Essa dupla possibilidade está relacionada ao fortalecimento da Medicina especializada que começa a ganhar corpo nos anos setenta, assim como à expansão do ensino médico<sup>119</sup> no país e, conseqüentemente, no estado<sup>120</sup>. A prática docente é considerada pelos médicos dessa geração como a primeira experiência profissional. Ao serem questionados sobre o primeiro emprego, as respostas fornecidas trazem as seguintes informações:

“Foi o emprego de professor. A introdução da neurocirurgia fora de Porto Alegre ocorreu pela primeira vez através de minha pessoa (...), já contratado na escola no terceiro mês de trabalho. Então, aí por março, abril, eu já era professor da universidade, professor assistente. E foi o único emprego que eu tive até hoje” (E3).

“O primeiro emprego foi na universidade (...). Eu fui contratado em agosto de 1973, porque tinha sido na época monitor de Fisiologia durante quatro anos. Aí, então, eu fiz concurso para auxiliar de ensino e fui admitido em agosto de 1973. Não tinha mestrado não tinha nada. Na verdade, o que eu tinha era que eu sabia de

---

<sup>119</sup> De acordo com Machado (1997), até 1950 existiam no país apenas treze escolas médicas, todas elas de natureza pública. No mesmo ano, foram criadas as duas primeiras instituições de ensino médico privado no Brasil: a Faculdade de Ciências Médicas em Pernambuco e o Centro de Ciências Médicas e Biológicas em Sorocaba. Nas décadas seguintes, o crescimento dessas instituições atinge um nível cada vez mais elevado, processo este que é explicado pela autora como resultante tanto das pressões das classes médias urbanas por aumento de vagas no sistema universitário, quanto pelas expectativas criadas pelos planejadores do Estado, “... *que buscavam atender às novas necessidades de desenvolvimento da assistência médica no País*” (MACHADO, 1997: 54).

<sup>120</sup> Até os anos sessenta, o Rio Grande do Sul possuía apenas uma escola de Medicina presente no estado. A partir desse período, acompanhando o processo de expansão do ensino médico no país, o estado passa a deparar-se com a emergência de novas instituições de ensino médico, atingido um total de onze escolas de Medicina reconhecidas pelo Ministério da Educação no ano de 2008. Dentre estas, cinco são públicas (UFRGS, UFSM, UFPEL, FURG, UFCSPA) e seis privadas (PUC, UPF, UCS, ULBRA, UCPEL, UNISC).



Fisiologia, pois durante quatro anos tinha trabalhado como monitor. Esse era o modo. Esse foi o meu primeiro emprego” (E6).

Além desses aspectos, é necessário salientar o envolvimento que esse grupo teve, durante a graduação do curso de Medicina, com a participação no desenvolvimento de estudos investigativos e em práticas de laboratório. A “inclinação” instituída para a pesquisa e a diferenciação entre os pares através da posse do capital cultural, obtido na academia por meio da construção de uma carreira de pesquisador e “cientista”, são critérios importantes para compreender as estratégias utilizadas por esse grupo para a disposição de sua trajetória profissional.

Sendo o campo científico um espaço caracterizado pela luta entre os pares pelo monopólio da competência científica, ele apresenta-se como um lugar no qual são estabelecidas as lutas concorrenciais (Bourdieu, 1983), quer dizer, a possibilidade de projetar-se socialmente e alcançar a distinção no campo profissional e no campo social tornam-se maiores. Entendendo-se o campo médico como um espaço de disputas, campo no qual cada profissional busca destacar-se em relação aos demais e com isso atingir o reconhecimento da sociedade sobre os serviços por ele prestados, o campo acadêmico passa a ser percebido como um espaço que permite esse reconhecimento, pelo fato de ser nele o lugar no qual são produzidas e testadas as novas terapêuticas de diagnóstico e tratamento de enfermidades.

Por fim, o último grupo traz em seus relatos um discurso cujo argumento central diz respeito às dificuldades encontradas para introduzir-se no mercado de atuação profissional. As expectativas geradas em relação à prática médica durante o período da formação, ou seja, ao longo do período de aquisição do *habitus* e do saber, característicos à área, não condizem com o mundo encontrado fora da academia após a formatura.

Se, por um lado, há, em um primeiro momento, um sentimento de “... *empolgação, possibilidade de colocar em prática o conhecimento adquirido*” (E14) em torno das possibilidades oferecidas pelo ofício médico, por outro, esse sentimento modifica-se quando esse “ideal médico” não é concretizado. A necessidade de atuar em diferentes instituições, como hospitais, laboratórios ou consultórios, impede esse grupo, cuja carreira está ainda na fase de consolidação, de estabelecer um contato mais próximo com um de seus objetos de trabalho, o

paciente, ficando sua prática restrita apenas à investigação da doença como uma substância isolada de qualquer contexto.

O depoimento de um dos informantes destaca sua “decepção” quanto ao exercício profissional no início de carreira, pois, de acordo com a sua experiência, a realidade do trabalho médico torna-se, em certos momentos, frustrante, principalmente para aqueles médicos que realizam plantões. O trabalho realizado em plantões interfere na relação entre médico-paciente, já que essa relação “... *tem que ser muito rápida. A gente tem que atender rapidamente um paciente. Tu tens que atender muita gente ao mesmo tempo. Não foi o ideal assim que eu imaginava que seria na profissão de médico*” (E13).

A partir da análise dos dados, observa-se que cada um dos grupos articula estratégias diferenciadas para organizar a construção de sua carreira profissional. Tais estratégias dependem do contexto histórico no qual se deu a formação de cada um desses grupos, pois, como explica Machado (1997), “*os médicos são filhos de seu tempo*”, que dizer, a estruturação de suas carreiras depende do mercado existente em cada período analisado. Se os profissionais com maior tempo de atuação profissional encontravam no interior, junto aos colegas, um espaço para iniciar a sua prática clínica e cirúrgica, cujas dificuldades estavam relacionadas à precariedade dos instrumentos terapêuticos e das instituições hospitalares, os médicos mais jovens vivenciam uma inversão desse processo, pois, embora tendo acesso aos avanços tecnológicos e de diagnósticos, os problemas correspondem justamente à sua inserção no mercado de trabalho, visto que este lhes aparece cada vez mais competitivo e seletivo. Para burlar essas dificuldades, utilizam diferentes estratégias para obter o reconhecimento dos pares e da própria sociedade, o qual é alcançado através das lutas travadas no campo médico e do espaço conquistado junto aos usuários do serviço.

Alcançado o reconhecimento social e dos pares, este permite ao médico um lugar de destaque no campo profissional, como é possível observar no comentário que segue:

“... quando eu comecei a atividade, há 22 anos atrás, eu fazia a clínica privada, eu entendia aquilo como algo que eu precisava fazer porque o rendimento da universidade era muito baixo. Olhando para trás, eu diria que foi uma ótima escolha porque, não só pela remuneração, mas principalmente pela gratificação, pelo reconhecimento social que um médico na área privada tem; isso é

muito gratificante... independente de qual seja a gratificação econômica; a gratificação de poder ser reconhecido na sociedade como uma pessoa competente e respeitada por isso; é uma coisa que hoje eu valorizo bastante... e a clínica privada dá isso; a atividade acadêmica não dá isso necessariamente, o reconhecimento social. Ela dá o reconhecimento acadêmico, uma série de coisas, mas o reconhecimento social, o sucesso na Medicina privada dá mais" (E9).

Diante do exposto, os médicos, a partir de meados dos anos setenta, passam a se deparar com uma nova configuração social e, conseqüentemente, com uma nova dinâmica de atuação na profissão de Medicina. Enquanto o exercício clínico continua garantindo, da mesma forma que em épocas anteriores, o prestígio do profissional perante a sociedade, a competitividade presente no mercado de serviços de saúde na contemporaneidade exige do médico uma inserção em instâncias que não se restringem somente à experiência clínica. É a partir do tipo de trajetória e mobilidade estabelecido pelo profissional da Medicina que este adquire posições de destaque no campo médico e, posteriormente, na sociedade. Essas posições de destaque, contudo, não dependem mais unicamente da prática clínica, mas exigem do profissional uma circulação por outras instâncias que formam o campo médico atual, dentre elas, o espaço acadêmico caracterizado pela ciência.

### **5.6. O campo de atuação profissional**

Para analisar a área de atuação, ao longo da sua trajetória profissional, foram apresentadas as seguintes alternativas de resposta no formulário: a) docência, b) pesquisa, c) clínica, d) cirurgia, e) administração.

De acordo com os resultados, onze dos quatorze médicos entrevistados envolveram-se, em algum momento de sua experiência profissional, com mais de uma área de atuação, dentre as quais se destacam a clínica, a pesquisa e a docência. O quadro abaixo ilustra esse movimento:

<b>ÁREA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL</b>			
<b>Pesquisa</b>	<b>Clínica</b>	<b>Cirurgia</b>	<b>Administração</b>
E1	E1		
	E2	E2	
	E3	E3	
	E4		
E5	E5	E5	E5
E6	E6		E6
E7	E7		
E8			
E9	E9		E9
E10	E10		E10
E11		E11	
E12			E12
E13	E13		
E14	E14	E14	E14

Esse dado indica as mudanças ocorridas no campo da saúde no Brasil a partir da década de sessenta, período em que a interferência estatal na área da assistência médica passa a redefinir o mercado de trabalho no que diz respeito aos fatores que se referem ao controle dos meios de produção e à propriedade (Donnangelo, 1975). Nesse sentido, à medida que vão sendo reorganizadas a produção de serviços de saúde e a situação dos profissionais da Medicina nesse meio, observa-se uma perda da sua autonomia profissional, caracterizada pelo controle individual sobre os instrumentos de trabalho, o preço do trabalho prestado e a clientela.

A crise da doutrina liberal se estabelece no momento em que o Estado passa a “controlar” de maneira cada vez mais frequente os espaços de atuação médica e seus instrumentos de trabalho, cujas consequências imediatas são percebidas no crescimento do número de especializações e na prática de trabalho grupal. Donnangelo (1975) destaca o sistema de desenvolvimento científico-tecnológico como o elemento preponderante nessa fase de transição, pois,

“... a diferenciação e a complementaridade, como consequência e ao mesmo tempo fator de desenvolvimento dos meios de trabalho, estão estreitamente relacionadas à mudança nas condições institucionais sob as quais se exerce o trabalho médico; mudança consistente na progressiva substituição da prática profissional isolada pela prática grupal. Em outros termos, a complexidade, por aprofundamento, da informação; a consequente introdução de formas novas de diagnóstico e terapêuticas; a necessidade de cooperação entre especialistas para a realização de uma totalidade de uma ação médica; a qualidade científica e o custo

dos equipamentos, têm acarretado o trabalho em organizações amplas, das quais o hospital constitui a expressão maior” (DONNANGELO, 1975: 55).

A inserção cada vez maior de novas terapias na assistência à saúde, aliada à re-configuração no mercado de trabalho, passa a exigir desses profissionais uma mobilidade cada vez maior nos diferentes serviços existentes no setor. Esse fator auxilia na compreensão do índice crescente de médicos que desempenham diferentes atividades ao longo da sua vida profissional, visto que a prática médica “exige” hoje um domínio das novas tecnologias terapêuticas e das informações pertinentes à sua aplicabilidade.

Se, por um lado, essas mudanças trouxeram benefícios no tratamento de certos tipos de enfermidade, potencializando até mesmo a cura em alguns casos, por outro, elas acarretaram perdas significativas no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados ao usuário do sistema de saúde. Essa perda deve-se a dois elementos básicos, que alteraram a prática médica nas últimas quatro décadas: 1) a incorporação cada vez maior de práticas médicas especializadas pelos profissionais da área e 2) a difusão, a partir dos anos setenta, das cooperativas médicas. Essas duas mudanças opõem-se significativamente à Medicina liberal, pois o contato entre profissional e enfermo é minimizado, no sentido de que o doente passa a ser atendido por um número cada vez maior de médicos e demais profissionais da saúde (cada um deles tratando de um órgão ou membro específico, fazendo uso basicamente de equipamentos tecnológicos). Além disso, a relação do paciente com o médico passa a ser mediada por terceiros, a exemplo do que ocorre atualmente com as intervenções realizadas pelas cooperativas médicas e o próprio Sistema Único de Saúde.

Esses fatores são destacados por aqueles profissionais que ainda procuram, embora em um número reduzido, realizar uma Medicina liberal. De acordo com um dos entrevistados, embora a Medicina tenha progredido de forma bastante significativa nessas últimas quatro décadas no campo tecnológico, esses avanços ainda estão circunscritos a certos tipos de áreas médicas, como a Cardiologia, a especialização dos laboratórios e o aperfeiçoamento dos exames. Isso implica, segundo o entrevistado, o fato de que,

“... o clínico geral daquela época hoje estaria perdido. Ele não saberia nem o que pedir, que exame pedir. Embora eu tenha que dizer, também, que, às vezes, se fazem muitos exames que talvez não sejam necessários. O clínico e o próprio paciente hoje em dia já estão mais a fim de querer fazer exames antes de fazer qualquer exame clínico mais aprofundado como nós fazíamos antigamente. O clínico devia ser o primeiro médico ainda a ser consultado. Mas hoje a tendência é a pessoa já escolher seu especialista. Então, acontece que faz tratamento com dois, ou três, ou quatro especialistas e cada um faz o seu. Essa prática da Medicina liberal está diminuindo drasticamente. Nós estamos ligados ao setor público, pelo Ministério da Saúde e pelo SUS. E alguns médicos têm a opção da cooperativa, que está se desenvolvendo bastante. Mas, puramente Medicina privada, isso só tem alguns especialistas que se podem dar o luxo ainda. A Medicina está se socializando. Essa é a palavra. Ela está se nivelando para baixo. Por quê? Também porque estão se formando muitos médicos. É uma Medicina diferente. Eles correm de um emprego para o outro, de um plantão para outro. Aliás, a Medicina que o Estado quer dar não é só um problema aqui. É no mundo todo. A tecnologia encareceu tremendamente a Medicina. São as grandes possibilidades para prolongar a vida da pessoa, mas a alto custo. É a ciência de prolongar a vida. A UTI é o melhor exemplo” (E2).

Esse discurso também é observado parcialmente entre aqueles profissionais mais jovens, cuja formação foi obtida através do novo modelo de formação profissional, ancorado na ideia da crescente especialização e incorporação da técnica na aplicação do diagnóstico. Contudo, para este grupo o desenvolvimento da pesquisa clínica permitiu uma maior possibilidade de resolução das problemáticas no campo da saúde da população enferma, possibilitando formas de tratamento anteriormente inexistentes.

Embora a perda da autonomia profissional, o aumento das horas de trabalho e o distanciamento entre o médico e o paciente devido à introdução das técnicas de exame e da crescente especialização no setor sejam considerados aspectos negativos desse processo de transformação, as inovações tecnológicas e terapêuticas são percebidas como imprescindíveis para o desenvolvimento da Medicina, podendo ser consideradas como resultantes de um curso natural da própria prática médica.

A mesma lógica pode ser observada no que se refere à modalidade de trabalho. Onze dos quatorze profissionais entrevistados estão, ou estiveram em algum momento da sua carreira, envolvidos em mais de uma atividade de trabalho, embora nem sempre uma dessas atividades seja reconhecida, como indica o relato

de um dos sujeitos da pesquisa quanto a essa questão: “O primeiro emprego foi o único que eu mantive. Eu não tive nenhum mais. Foi o emprego de professor [universitário]” (E3). Ao ser questionado sobre o momento em que organizou o primeiro consultório, a resposta fornecida é a seguinte: “Desde o início”. As respostas mostram uma situação em que a prática clínica privada nem sempre é considerada por esses profissionais como uma atividade central no seu cotidiano de trabalho, mas apenas como uma extensão que permite obter rendimentos maiores, nem sempre alcançados em instituições de ensino.

MODALIDADE DE TRABALHO			
Instituição Pública	Empresa Privada	Consultório Particular Individual	Consultório Particular Compartilhado
E1	E1		E1
		E2	
E3	E3	E3	
		E4	
E5			E5
	E6	E6	
	E7		E7
E8		E8	
E9	E9		E9
	E10		E10
	E11	E11	
E12			
E13			
E14	E14	E14	E14

Por outro lado, também é preciso ressaltar que as transformações ocorridas na esfera da sociedade brasileira a partir da segunda metade do século XX, cujas repercussões se refletem na área da saúde, especialmente no mercado de bens e serviços<sup>121</sup>, assim como os reflexos produzidos pela crescente especialização na prática médica, aliada à expansão do ensino da Medicina e ao fortalecimento da organização e das lutas corporativas, provocaram uma crise neste setor. Desse modo, a Medicina liberal cede lugar para a Medicina sindical, grupal e especializada, cuja consequência imediata é percebida na circulação desses profissionais por diferentes instituições de saúde e atividades de trabalho, contradizendo, muitas vezes, as expectativas do próprio médico recém formado

<sup>121</sup> Refere-se às novas formas de organização de trabalho e serviços a partir desse período que levam à crise da Medicina liberal.

quanto à prática médica por ele idealizada ao longo do período dos estudos universitários. É o que mostram os relatos a seguir:

“Tu tens que atender muita gente ao mesmo tempo. Então, assim, eu acho que o primeiro emprego, as primeiras situações de trabalho, é uma coisa um pouco frustrantes do ponto de vista médico” (E13).

“O aspecto negativo é o enorme número de médicos que se formam, mal formados; mal formados inclusive durante a residência, e o rebaixamento ético, que hoje em geral falta. As pessoas estão mais agressivas, e há falta de educação mesmo” (E4).

Essas falas permitem entrever um discurso fundamentado na ideia da “vulgarização” da medicina<sup>122</sup>, consequência imediata da expansão quantitativa dos cursos e vagas na área médica, que permite uma diversificação social no acesso à profissão, implicando, assim, no baixo ganho profissional, no seu empobrecimento e na desmistificação de seu caráter profissional. Como explica Coradini (1997), “... a oferta exagerada fez com que o profissional aceitasse o ‘aviltamento salarial’, com ‘uma clara perda de poder’ e o aumento da concorrência” (CORADINI, 1997: 208) seguidos da “desestruturação da classe”.

### 5.7. A escolha da especialidade

A escolha da especialidade médica implica, sobretudo, na maneira como o profissional irá se posicionar no espaço da Medicina e da sociedade. Embora o mercado de serviços médicos nas últimas décadas tenha-se ampliado significativamente, alcançando elevados índices de especialização, percebe-se, ainda, uma distribuição desigual entre homens e mulheres no exercício dessas especialidades (Machado, 1997).

Ainda que a questão de gênero não seja central nesta pesquisa, não há como negar a maneira como ela influencia na escolha da habilidade a ser exercida<sup>123</sup>. A feminização da Medicina, discutida em vários estudos

<sup>122</sup> Coradini (1997) utiliza esse termo para retratar a crise na Medicina a partir da segunda metade do século XX no Brasil.

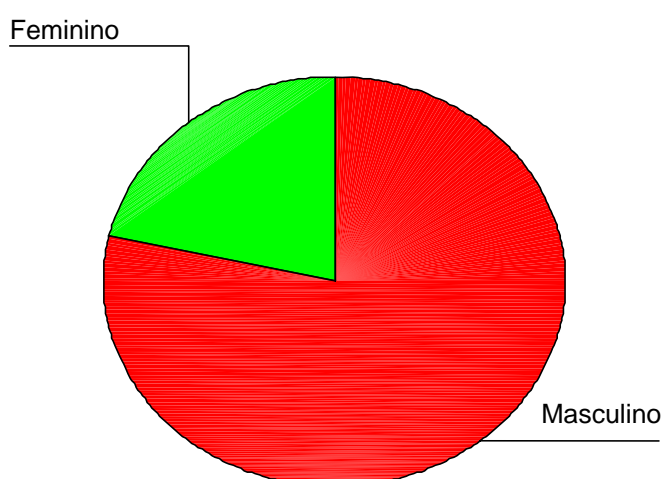
<sup>123</sup> Esta influência também é percebida na própria maneira como cada um dos gêneros reconstrói as suas lembranças ao longo de um discurso. Enquanto nenhum dos homens entrevistados referiu-se ao ambiente familiar quando construía sua narrativa sobre o período dos estudos universitários, a esfera doméstica aparece como central na narrativa feminina. É o que mostra um dos depoimentos fornecidos por uma entrevistada quando indagada sobre as principais experiências que marcaram o



contemporâneos, como por Steren (2002) e Machado (1997), não acompanha necessariamente as mudanças circunscritas aos avanços do campo médico, principalmente aqueles relacionados aos espaços de atuação profissional. Esses estudos mostram que, dentre a diversidade de especialidades médicas existentes no Brasil, há concentração de mulheres médicas em cinco áreas basicamente: Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Cardiologia e Dermatologia, consideradas em sua maioria como especialidades femininas, sem posições de destaque na ordem da hierarquia médica, com exceção da Cardiologia.

Nesse sentido, as representações sociais acerca dos espaços de convívio social e profissional destinados aos homens e mulheres auxilia na compreensão da presença significativa do sexo masculino nas áreas médicas analisadas neste estudo. Assim, a Neurologia, a Oncologia e a Cardiologia ocupam uma posição central no campo médico. Como são especialidades que recorrem frequentemente à tecnologia na sua prática profissional, exigem um investimento significativo em pesquisas experimentais e clínicas. É preciso lembrar que a ciência, assim como as especialidades de “ponta” ou inovadoras, em um determinado setor de serviços, é vista pela sociedade como atividade masculina, pois ela requer certas características cognitivas como racionalidade e objetividade.

### Sexo dos Entrevistados



---

período da graduação em Medicina: “... eu ganhei minha primeira filha quando estava entrando na faculdade; então, eu cursei a faculdade com duas filhas. Vamos dizer que foi um período difícil. Eu me revezava entre a escola e a casa que tinha... e as duas meninas esperando. Então, quando eu me formei elas já estavam uma com seis anos e a outra com cinco” (E8).

Em relação a este estudo, dentre as causas motivadoras da opção pela especialidade médica, observam-se indicadores subjetivos e experiências acadêmicas, os quais variam de acordo com a mobilidade dos entrevistados relativamente ao período de formação profissional nos cursos de Medicina.

Os aspectos subjetivos referem-se ao gosto pelo estudo e à prática da área escolhida para a atuação profissional, a qual se refere geralmente às áreas básicas da Medicina, que não demandam a realização de uma residência; essas áreas abrangem a maior parte do tempo destinada ao aprendizado do saber médico nos cursos de graduação. Além desse elemento, destaca-se o “desconhecimento” sobre as possibilidades existentes no setor de serviços médicos quando da inexistência de profissionais da Medicina no círculo familiar e doméstico no qual está inserido o corpo discente. De acordo com o depoimento de um dos entrevistados:

“Primeiro é que existem quatro áreas básicas na Medicina, com as quais nós temos mais contato: a Clínica Médica, a Cirurgia Geral, a Ginecologia e Obstetrícia e a Pediatria. Então, nós temos muito contato com essas quatro áreas básicas na faculdade. E quando a gente não tem ninguém na família que é médico, a gente fica com uma visão de que é preciso escolher uma dessas quatro; que não existe outra coisa a ser feita. Que é preciso escolher uma dessas quatro áreas e depois a gente pode evoluir ou não. Então, nós temos as quatro áreas básicas e nós nos sentimos obrigados a escolher uma delas, ou porque a turma só começa a falar nisso ou porque os professores são formados em uma dessas quatro áreas, que são as áreas com as quais temos mais contato. Se tem muito pouco contato na faculdade ou contato muito rápido com as outras especialidades e que nos parecem muito distantes” (E14).

De outro modo, distingue-se um elemento expressivo na opção pela pesquisa experimental, a qual não exige o contato direto com o paciente. A escolha em atuar no laboratório também está ligada às características de ordem subjetiva, visto que a posse do diploma de médico não significa necessariamente a “obrigatoriedade” da prática clínica. Essa decisão geralmente está vinculada às particularidades do ofício: o contato com o sofrimento, a dor e a morte é algo frequente no cotidiano da Medicina. As dificuldades em lidar com esses sentimentos e processos levam o profissional a distanciar-se do exercício clínico. Relatando a experiência no período da graduação, o depoimento de um dos entrevistados revela o abalo sofrido pela perda de um paciente no setor onde estagiava e a sensação de impotência diante de determinadas enfermidades: “*eu não estava preparado para*

*aquilo. Então eu disse assim: eu não quero ter que desistir de alguém lá. E é uma coisa que faz parte. Da mesma forma que a gente tem que estar acostumado com a vida tem que estar acostumado com a morte” (E12).*

Desse modo, o laboratório passa a ser visto como um espaço no qual é possível fazer uma Medicina experimental, ou seja, ele é um lugar que permite que o profissional levante hipóteses para realizar uma investigação a fim de obter conhecimentos terapêuticos e morfológicos em torno de uma determinada enfermidade, sem que se torne, para isso, necessário acompanhar materialmente o sofrimento de um paciente, como é o exemplo da Clínica Médica.

Essas formas de sociabilidade constituem-se em elementos de suma importância para compreender como se estabelece a receptividade de cada profissional às novas tecnologias terapêuticas. As características que marcaram a escolha da profissão e as estratégias utilizadas por cada um dos entrevistados para a construção da carreira médica, aliadas àquelas provenientes do contexto familiar e social no qual cada um deles foi socializado, permitem compreender como ocorrem suas decisões ético-morais em relação à temática das células-tronco e às tecnologias provenientes desse tipo de material.

A prática médica, portanto, não pode ser compreendida como uma ação circunscrita apenas ao campo da Medicina; ao contrário, a forma de agir de cada profissional é orientada pelas estruturas de valores na qual esses agentes sociais se formaram. São essas estruturas de valores que orientam as suas escolhas e trajetórias profissionais, fixando, por consequência, formas particulares de compreender e explicar o mundo social no qual estão inseridos.

## Capítulo VI

### **SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NO CAMPO DA MEDICINA: O DISCURSO E A PRÁTICA EM RELAÇÃO À CIÊNCIA E À TECNOLOGIA**

O denominado campo científico e tecnológico foi o lugar demarcado para o levantamento dos possíveis significados atribuídos pelos atores sociais entrevistados acerca das transformações ocorridas no espaço de atuação médica ao longo do século XX e do início do século XXI.

Sabendo-se que a ciência moderna é caracterizada por uma relação de proximidade com a técnica, as relações do indivíduo com o mundo da vida e com os demais agentes sociais passam a ser mediadas tecnicamente e não apenas simbolicamente, alterando as percepções sobre determinados aspectos da realidade. Essa mudança desloca a percepção do indivíduo para um caráter operatório das práticas sociais, cuja *“... relação teórico-discursiva é substituída por uma relação de manipulação, de transformação da realidade. Enquanto o correlato da ciência e da filosofia antigas era a essência do objeto a ser conhecido, agora, com a técnica, o correlato é a plasticidade do ‘objeto’ a ser manipulado”* (ZUBEN, 2006: 73). Em outras palavras, não é mais suficiente a contemplação do mundo como uma forma de apreensão da realidade na qual os indivíduos encontram-se situados; torna-se necessário, para a ciência contemporânea, a preocupação com a eficácia e a ubiquidade dos instrumentos e artefatos técnicos por ela produzidos. Se, para o conhecimento antigo, a consistência “científica” apenas podia ser fundamentada na consistência de uma teoria, os alicerces do conhecimento moderno são dados pela contingência da experiência.

Embora certos autores, como Zuben (2006), entendam a tecnociência e a tecnologia como esferas destituídas de aspectos simbólicos, no sentido de não estarem mais subsumidas “à ordem do *logos*”, mas como entidades que precisam ressaltar seu caráter operatório e instrumental, não há como compreendê-las como esferas à margem da cultura e das particularidades históricas de uma sociedade. A ciência moderna e seus produtos, isto é, a tecnologia, precisam ser pensadas a partir do contexto histórico, político e social em que foram criadas, levando em consideração os fenômenos sociais a elas circunscritos.

Como explica Jonas (2004), para entender o princípio da vida é preciso desconstruir as polaridades do ser e do não ser que fundamentam a explicação do mundo, ou seja, torna-se necessário “... derrubar por um lado as barreiras antropocêntricas da filosofia idealista e existencialista, e por outro as barreiras materialistas das ciências naturais” (JONAS, 2004: 07), a fim de compreender o “corpo vivo” como uma instância relacional, em que o natural e o social encontram-se interligados e não sobrepostos um em relação ao outro.

Desse modo, as condições em que essas ciências e tecnologias são criadas, assim como a maneira pela qual são incorporadas a uma determinada realidade não são mecânicas, mas dependem das singularidades inerentes à realidade na qual estão situadas, cujas fronteiras não são fixas, mas se movem constantemente, dialogando com as instâncias que a tangenciam como a política, a economia, a religião, a cultura, entre outros espaços autônomos de ações de interesse coletivo.

É nesse sentido que a incorporação da tecnologia pela Medicina precisa ser entendida. A utilização da técnica na execução das práticas profissionais no campo médico é considerada como imprescindível por todos os entrevistados. Ao questioná-los sobre as características da prática biomédica no período dos estudos universitários e as características da Medicina atual, encontrou-se um discurso unânime em relação às mudanças e ao desenvolvimento tecnológico observados nesse setor.

### **6.1. O contexto da Medicina no período dos estudos universitários e a Medicina atual**

A manifestação discursiva sobre as diferenças observadas na Medicina ao longo do período de graduação e da prática médica presente está diretamente ligada ao desenvolvimento das tecnologias do corpo e da saúde e às mudanças observadas no campo de atuação profissional. É a partir desses dois elementos que se articulam as narrativas e as representações sociais sobre o sentido que a técnica possui para a efetivação do ofício médico.

Se, por um lado, a tecnologia é definida como uma ferramenta inseparável da prática médica, visto que a história da Medicina é marcada substantivamente pela presença da técnica na execução das atividades biomédicas, por outro, essa

contiguidade leva parte dos entrevistados a problematizar as ingerências provocadas pelo uso não reflexivo de seus instrumentos.

Tal ingerência não se refere somente à relação estabelecida entre o profissional da saúde e os usuários desses serviços. Ela diz respeito a um conjunto de relações instituídas nos diversos espaços da vida social, cujos campos de ação são complexificados de tal maneira que incidem de forma “dramática” na prática médica contemporânea, alterando significativamente certos espaços de atuação.

A tecnologia penetra a vida cotidiana. O seu processo de desenvolvimento repousa sobre duas estratégias, cuja efetivação é tensionada pelos interesses financeiros, políticos, ideológicos e sociais. A tecnologia supõe a criação e a utilização de ferramentas e processos; por isso, a aplicação de seus princípios supostamente racionais e científicos, que buscam controlar, explorar e modificar o espaço, a matéria, a natureza e o próprio corpo humano estão intimamente ligados ao exame do poder e do controle (Laborie, 1992), isto é, aos espaços de luta estabelecidos nas diferentes instâncias da sociedade.

Esses embates e mudanças interpõem-se aos procedimentos metodológicos utilizados na transmissão do saber médico nas instituições de alta e de baixa institucionalidade dos cursos de Medicina. Se o conhecimento adquirido até meados dos anos setenta era mais extenso e abrangente, a incorporação da técnica, que demanda um determinado grau de especialização para que seus instrumentos possam ser administrados, e o próprio desenvolvimento da ciência moderna trazem, como consequência, a necessidade de recortes cada vez mais reduzidos da realidade investigada. É o que se observa no discurso apresentado por um dos entrevistados em relação ao contexto da Medicina observado no período dos estudos universitários em contraponto à prática atual: “... o conhecimento antes era mais enciclopédico. A gente saía, terminava o curso, conhecendo Medicina de forma mais ampla. Eu tive colegas que terminaram o curso operando; desde o terceiro, quarto ano de Medicina eles operavam. (...). Hoje ele é mais focado, antes era mais amplo” (E6).

O acesso à informação é outro elemento enfatizado pelos entrevistados como ponto de distinção na aquisição do saber médico. Enquanto, anteriormente, a informação sobre as novas descobertas médicas, fossem elas de diagnóstico ou terapêuticas, demandava um determinado período de tempo devido às características estruturais de divulgação de dados e conhecimento na época, os

avanços realizados na área das telecomunicações, principalmente no setor da informatização e na popularização das ferramentas virtuais, permitiu um acesso rápido às inovações do setor. A informação que “*antes chegava de navio*” (E6) hoje é instantânea. Se era lenta e estava ligada fundamentalmente aos contatos que as pessoas tinham estabelecido antecipadamente com os demais agentes sociais, como pares, editores de livros, periódicos, revistas, agora, ela depende exclusivamente do interesse de busca e pesquisa do indivíduo, visto estar ao alcance de toda a comunidade acadêmica.

Essa distinção apresentada por parte dos profissionais da Medicina sobre as formas de acesso à informação pertinente à sua área de conhecimento manifesta um deslocamento do papel do médico na Medicina e, conseqüentemente, na própria sociedade. Até meados dos anos setenta, o “aprendiz de Medicina” possuía uma margem reduzida de ação individual, pois o acesso ao conhecimento era mediado exclusivamente pelos mestres, uma vez que eram eles que detinham os instrumentos necessários para acessar a informação, especialmente aquela relacionada à literatura da área. No contexto atual, observa-se no discurso dos médicos-professores uma ênfase na iniciativa pessoal do acadêmico. Ao contrário do período anterior, aprender Medicina hoje não significa apenas introjetar as informações obtidas em sala de aula e extraclasse. Diante da rapidez com a qual as inovações científicas e terapêuticas são difundidas, torna-se necessário que o aluno preocupe-se em conhecer e aprender através da iniciativa individual, utilizando para isso os recursos tecnológicos existentes. Desse modo, ele passa a ser um sujeito imbuído de reflexividade, capaz de problematizar e pensar as práticas sociais que desenvolve na continuidade da vida social.

Além disso, a focalização da prática médica e a fragmentação do corpo humano pela ciência moderna implicam diretamente a divisão da Medicina em diferentes especialidades, as quais alteram a estrutura do próprio mercado de trabalho. Se os profissionais formados até o início dos anos oitenta possuíam uma visão mais idealizada do exercício da Medicina, visto que o campo concorrencial e as disputas de poder entre os pares ainda não se encontravam enrijecidas, os médicos mais jovens direcionam sua formação de maneira racionalizada, objetivando um fim estabelecido previamente: a capacidade de poder resistir às pressões advindas do mercado de trabalho. Logo, a idealização e a “ingenuidade”, cedem espaço à disputa, ao jogo de lutas e à competição. Enquanto a Medicina que

vigorou até meados da década de setenta inculca no corpo discente certo idealismo em relação ao mercado de trabalho, as escolas médicas atuais apresentam aos seus alunos uma nova realidade, direcionando-os desde cedo a realizarem escolhas: “... hoje são muito mais claros os objetivos. Já escolhem as especialidades de acordo com o mercado de trabalho, de acordo com ganhos. Nós não tínhamos muito isso. Era mais uma questão de oportunidades, de algumas coisas às vezes mais idealizadas” (E6).

A perda da visão idealizadora da prática médica está ligada à própria transformação do campo científico e médico observada nas últimas décadas. Embora a tecnociência – compreendida como a articulação entre o campo científico e o campo tecnológico através da qual são produzidos sistemas de ações eficazes, cujos objetivos visam à transformação da natureza e da própria sociedade – seja percebida pelos médicos como inerente ao seu ofício, ela é definida através da lógica da construção de uma rede de ação intelectual. A incorporação de uma técnica de diagnóstico ou uma técnica terapêutica não é suficiente para o seu estabelecimento e permanência dentro do campo médico. A sua empregabilidade e a sua difusão no setor da saúde dependem também dos espaços de disputa estabelecidos entre os atores sociais que interagem dentro das instituições de pesquisa experimental e, principalmente, da pesquisa clínica.

É nesses espaços que são estabelecidos os conflitos e as lutas simbólicas em torno das ideias. Nesse sentido,

“... as posições sociais que se apresentam ao observador como lugares justapostos, partes extra partes, em uma ordem estática, formulando a questão inteiramente teórica dos limites entre grupos que os ocupam, são inseparavelmente localizações estratégicas, lugares a defender e conquistar em um campo de lutas (...) pela apropriação dos bens raros e pelo poder propriamente político sobre a distribuição ou a redistribuição dos ganhos” (BOURDIEU, 2007: 229-30).

Ao contrário de Bourdieu, que percebia uma semelhança entre o terreno intelectual e científico e os demais espaços sociais, presentes em uma determinada sociedade, Collins (2005) percebe a dinâmica dos embates e enfrentamentos intelectuais sob o prisma do que ele denomina a “lei dos números pequenos”<sup>124</sup> e o

---

<sup>124</sup> A lei dos números reduzidos, também conhecida como lei dos números pequenos, segundo Collins (2005), está ligada aos espaços de atenção, pois ela se refere, por um lado, ao reduzido



capital cultural intelectual como distinto dos demais capitais culturais em geral. Logo, o capital cultural intelectual não se correlaciona diretamente com o capital econômico e nem com o capital social; ele depende exclusivamente da cadeia de rituais de interação estabelecida individualmente em uma determinada rede de relações entre agentes sociais, que se movem por uma trama de encontros. No que diz respeito ao conhecimento médico, destacam-se os eventos científicos e a produção escrita de conhecimento.

É no interior dessas instâncias que são conduzidos os conflitos entre os pares e são criadas as estruturas de oportunidades individuais. A trajetória de um indivíduo em um determinado momento depende do lugar no qual ele se encontra, isto é, ela depende da relação que ele estabelece com a estrutura social local e com as redes nas quais se encontra inserido. A interação que o profissional da Medicina desenvolve dentro de uma determinada cadeia de relacionamentos implica a transmissão do conhecimento, do saber e das suas experiências entre seus pares, principalmente àqueles profissionais que se encontram no início da carreira, os quais, com o passar dos anos, passam a ser os responsáveis pela continuidade e aprimoramento desses procedimentos, conforme o relato a seguir:

“A Medicina evoluiu muito (...). Ela evoluiu muito na parte de câncer radioativo, na parte daquilo que eu comecei a impulsionar naquele tempo. Eu estou vendo que eu procurei impulsionar, fazendo propaganda da cirurgia cardíaca. Então, aquilo despertou novos ideais de jovens e eles foram estudar, voltaram... e um colega, que fazia muito bem a cardiologia moderna clínica (...), preparou a cabeça para aquele sentido. E essa juventude que voltou está hoje fazendo muito bem essa parte de cardiologia. Na cancerologia hoje, o doutor (...) <sup>125</sup> é o mais avançado. Eu não fiz a parte de cancerologia de leucemias e linfomas porque eu queria preparar o trabalho de cirurgião com a maior eficiência possível. Então, enquanto eu fazia quimioterapia previ, que é como o pessoal chama

---

número de “escolas”, isto é, de perspectivas teóricas que acabam prevalecendo em um determinado período em qualquer tipo de civilização e, por outro, aos mestres capazes de dominar a esfera intelectual em cada uma delas. Nesse contexto, a coletividade de seguidores, ou espaços de atenção, depende das disputas e dos sistemas de interação estabelecidos pelos intelectuais, pois essas contendas “... *siempre se encuentran dentro de los límites que imponen la necesidad de aliarse con otras posturas y el hecho de que la discusión siempre se centre en torno a unas cuestiones determinadas. (...). El conflicto es la fuente de energía de la vida intelectual, y el conflicto tiene sus propios límites*” (COLLINS, 2005: 01). Tradução livre: “... *sempre se encontram dentro dos limites que impõem a necessidade de aliar-se com outras posturas e o fato de que a discussão sempre se centra em torno de algumas questões determinadas. (...). O conflito é a fonte de energia da vida intelectual, e o conflito tem seus próprios limites*”.

<sup>125</sup> Cita o nome de um ex-aluno que atua nessa especialidade.

de aplicação prévia à cirurgia, eu visava diminuir o número de metástases, fazia a quimioterapia arterial também na mama, por exemplo” (E1).

A incorporação de novos procedimentos tecnológicos para auxiliar a prática clínica envolve não apenas a “descoberta” de novas terapêuticas e de novos diagnósticos, mas também uma série de eventos envoltos em disputas ideológicas, políticas, teóricas, dentre outros. As práticas sociais caracterizam-se por esses embates. E é a partir desses conflitos que são demarcados os espaços de atuação profissional e seus limites, que tentam ser rompidos a todo o instante pelas lutas intrínsecas ao meio. Assim, a receptividade a uma nova tecnologia não ocorre de maneira natural, mas, ao contrário, demanda argumentações, competição, disputa por poder material e simbólico e representações sobre a própria realidade.

Esses conflitos são descritos detalhadamente por um dos entrevistados no momento em que tentou empregar uma tecnologia até então desconhecida no interior do estado. A sua ação dentro de uma instituição médico-hospitalar originou contendas em relação à prática clínica inovadora no tratamento do câncer e da cirurgia torácica. Após dez anos de formado, esse profissional decide fazer uma residência, durante três anos, em um dos estados da região sudeste para especializar-se no tratamento dessa enfermidade, buscando, para isso novas formas de tratamento. Ao retornar ao estado, enfrenta problemas, inclusive institucionais, para colocar em prática os novos procedimentos clínicos e terapêuticos:

“É assim que fui iniciando uma coisa nova, né, na cidade. Eu (...) passei três anos na residência não só para exercitar a cirurgia torácica, mas para começar a manipular mais artérias; (...) comecei a fazer também a quimioterapia arterial como pré-operatório, em certos casos onde a anatomia permitia isso. E realmente eu obtive muitos bons resultados duradouros nesse tipo de tratamento. Claro, eu não podia fazer, chegado (...) [aqui]. Vim a convite do reitor para lecionar e, então, eu tinha na universidade essa possibilidade de fazer uma coisa nova (...). ‘Ah, está fazendo experiência’. Eu sofria sabe... diziam: ‘Cuidado, porque esse cara está fazendo experiência’. Eu já tinha conhecido isso lá, eu já tinha praticado na residência. Havia condições de fazer tudo isso. Mas assim que eu mostrei a possibilidade da quimioterapia chamou a atenção. Depois disso muitos daí se interessavam pela cancerologia” (E1).

O uso de determinadas tecnologias inovadoras no campo da saúde depende dos resultados obtidos a partir das rivalidades estruturais, as quais não são apenas pessoais. Essas rivalidades são entendidas como conflitos ou linhas, que

marcam a diferença entre as posturas adotadas pelos agentes em uma determinada instância intelectual, constituindo, assim, aquelas posições mais aceitas pelo campo intelectual. A incorporação de uma nova terapêutica está sujeita, desse modo, ao jogo de forças e conflitos estabelecidos na arena intelectual.

Embora Collins permita apreender as especificidades presentes nos conflitos estabelecidos entre os pesquisadores da Medicina de forma mais pormenorizada que Bourdieu, seus pressupostos teóricos e metodológicos não dão conta das idiossincrasias presentes nas narrativas de todos os profissionais, pois suas experiências, mesmo que restritas em sua maioria ao campo médico, envolvem relações que ultrapassam as fronteiras desse campo, a partir do momento em que o profissional estabelece uma relação com o usuário de seus serviços. Pensar no usuário ou no paciente como um sujeito totalmente passivo significa compreendê-lo como um indivíduo destituído de qualquer reação diante de situações de doença e de contato com o profissional da saúde.

Mesmo que a relação doente-médico seja marcada pela distância social, a qual influencia na comunicação estabelecida entre ambos, visto que cada um desses atores está situado em classes sociais diferenciadas, marcadas por lógicas de compreensão de mundo particulares, as quais interferem nas suas representações sociais acerca da enfermidade, do diagnóstico e do tratamento da doença, existe uma compreensão e uma ação particularizada que o usuário dos serviços da saúde estabelece com a situação na qual ele está envolvido (Boltanski, 2004).

Pensar que a utilização de uma determinada tecnologia depende exclusivamente das articulações e disputas presentes entre os profissionais da Medicina denota uma apreensão parcial do fenômeno. A sua receptividade também depende das relações que o profissional estabelece com a população que demanda seus serviços, mesmo que tal relação seja marcada pela hierarquização entre os sujeitos nela envolvidos, e com a sociedade em geral.

Ao contrário da perspectiva adotada por muitos autores, como Castilhos (2002), Corrêa (1996) e Morel (1979), que definem uma prática inovadora em termos de caráter comercial, ou seja, como processos que impactam os ciclos econômicos, são os sistemas sociais de personalidade que tornam, ou não, possível a inovação. Logo, são as instâncias nas quais se formam os valores que orientam a ação dos atores sociais, que permitem compreender como é ordenada a capacidade de

decisão em situações distintas daquelas determinadas pelas circunstâncias e pelo costume.

Desse modo, não há como analisar o surgimento de uma nova tecnologia terapêutica como restrita apenas aos círculos acadêmicos e de prática clínica nos quais estão inseridos os profissionais da Medicina e à lógica econômica aí implicada. Essa análise implica a compreensão do sentido que as inovações tecnológicas assumem no contexto de sistemas sociais de personalidade, aptos a estabelecer sínteses criativas, incorporando os diferentes grupos sociais.

A inovação, ao produzir efeitos sobre os valores em torno dos quais uma sociedade se organiza, passa a ser compreendida como uma ação e não apenas como “espírito criativo”. Da mesma forma que o âmbito social passou a ser racionalizado no período moderno, a cultura e seus principais expoentes como, por exemplo, a ciência moderna, sofreu o mesmo processo.

Com base na perspectiva de análise weberiana, percebe-se que a racionalização da personalidade, entendida como sistema de personalidade, está fundamentada no ascetismo moral extramundano, o qual passa a fazer parte do cotidiano de práticas dos agentes sociais. É esse ascetismo que estabelece o elo entre os dois processos de racionalização, social e cultural, passando a ter como característica principal a ideia de vocação. A ação do empreendedor em tecnologias de inovação, para Weber (2004), está imbuída, portanto, de racionalidade social, quer dizer, de ética social. O indivíduo age em um universo de valores, os quais possibilitam que ele seja compreendido dentro da sociedade.

Se, para Weber, são os costumes de um determinado grupo social que influenciam na aceitação de uma determinada ideia inovadora, Bourdieu apresenta o conceito de *habitus* como recurso conceitual para pensar as práticas médicas cotidianas e o uso de certas tecnologias terapêuticas.

Embora aparentemente suas características pareçam naturais, o *habitus* é produzido e incorporado a partir das experiências sociais do sujeito, adquiridas ao longo de sua trajetória individual e coletiva. São essas experiências, as quais têm por base a tradição, que remetem o indivíduo à ação, cujo raciocínio não é discursivo, mas intuitivo, que dizer, é uma ação fundamentada na ideia de liberdade. Em outras palavras: o ator social tem familiaridade com o contexto e o sentido relacionados àquela ação.

Aplicando esse conceito ao tema aqui tratado, o *habitus* médico aparece de maneira mais ou menos evidente nas entrevistas realizadas no trabalho de campo. Sendo construído a partir das estruturas sociais, dentro de uma história e de um campo específico, o *habitus* remete à ideia de internalização das práticas, conferindo-lhes um caráter de naturalidade, significando uma ferramenta de auxílio para construir o campo como um mundo significativo. Nesse sentido, ele está vinculado a atitudes adquiridas através de um processo de socialização de atores leigos que são submetidos ao treinamento profissional, cujas disposições são incorporadas aos esquemas mentais do profissional de Medicina, como se pode perceber no comentário que segue:

“... um dia, um cidadão chegou ao hospital, pois levou uma facada no coração. Ele foi separar uma briga e um homem meteu uma faca nele. Como era perto do hospital trouxeram o cidadão, mas ele estava moribundo. E eu pensei: o que fazer agora? Não dava para esperar por um anestesista! Então, eu já fui abrindo e vi o coração. Dava para enfiar três dedos dentro. (...). Eu suturei rapidamente, dei seis pontos e ele já estava tomando sangue (...). Bom, aí massageei para ver se o coração voltava. Ele tinha parado e eu digo: eu não posso deixar o cérebro mais tempo sem oxigênio; “me tragam uma seringa maior que tiver aí”. Ela passava livre na fresta onde eu tinha saturado e botei sangue lá dentro e comecei a massagear. Depois de dois minutos o coração estava batendo novamente” (E1).

O agente investido de *habitus* deixa de ser percebido como um sujeito passivo, reduzido apenas à estrutura; da mesma forma, ele não é dotado de plena consciência de suas práticas sociais. Portanto, o profissional da Medicina, ao se deparar, por exemplo, com situações de emergência, toma suas decisões com base em um processo de seleção subjetiva entre as diversas possibilidades que lhe se apresentam em uma determinada situação e na sua intuição sobre as chances de resultados positivos.

## **6.2. A emissão do discurso sobre a relação entre o profissional da Medicina e o usuário dos serviços de saúde**

A relação entre os profissionais da medicina e os usuários de seus serviços é marcada por sentidos e símbolos que variam de acordo com a experiência dos entrevistados. O conjunto de competências adquiridas ao longo dos anos de atividade laboral implica, sobremaneira, o tipo de relacionamento que será

estabelecido com o paciente e, conseqüentemente, a forma pela qual será conduzido o prognóstico.

Como a instituição hospitalar constitui-se em um espaço no qual são articuladas e empregadas diferentes estratégias de poder, o entendimento sobre a relação entre usuários e profissionais precisa ser analisado a partir desse contexto. Para Carapinheiro (2005),

“... os serviços hospitalares são o ponto de encontro entre diferentes formas de poder, os seus respectivos universos simbólicos e suas estratégias recíprocas. No conjunto destas estratégias e nas ideologias profissionais que lhe dão sentido, dominam as estratégias médicas, delimitando, no seu campo de acção, tanto as estratégias do pessoal de enfermagem e das restantes categorias do pessoal não médico como a possibilidade de comportamento estratégico dos doentes” (CARAPINHEIRO, 2005: 207).

É a partir dessa configuração de interações interpessoais que a prática clínica e a prática de pesquisa precisam ser pensadas. Embora a maior parte dos entrevistados tenha, em algum momento da sua trajetória profissional, se envolvido em diferentes campos de atuação laboral, experimentando, assim, a atividade docente, clínica ou investigativa, é preciso salientar que, no momento das entrevistas, os sujeitos desta pesquisa delimitaram suas posições em um desses campos, a partir do qual articularam e construíram sua discursividade acerca da questão-problema a eles apresentada.

As zonas de conflito observadas na busca da autonomia profissional e no controle burocrático apresentado pelas instituições médico-hospitalares e instituições de pesquisa incidem na polarização entre aquilo que Carapinheiro (2005) denomina de “Medicina tecnicista” e “Medicina humanista”. Diante dessa configuração típico ideal, são estruturadas posições e objeções entre os profissionais da Medicina, os quais buscam tornar possível a efetivação da ideologia técnico-científica, cujo expoente principal é a pesquisa e/ou a ideologia humanista, sendo que nesta a dimensão dominante é a assistencialista.

A busca e exposição de elementos de legitimação das práticas profissionais emergem nas narrativas de ambos os grupos. Enquanto aqueles médicos envolvidos em pesquisas tendem a expor a sua relação com o enfermo a partir da mediação da tecnologia como um elemento central na condução do prognóstico, os médicos clínicos problematizam o próprio uso da tecnologia,

enfatizando a necessidade tanto da aproximação do profissional em relação ao doente através da fala, do contato e da sensibilidade para diagnosticar e entender as particularidades de cada caso. A postura crítica em relação à incorporação das inovações tecnológicas na prática clínica tornou-se visível em vários momentos da pesquisa de campo, podendo ser mais bem compreendida através do depoimento que segue:

“A técnica da entrevista sempre foi a mesma. Desde que começou a prática da Medicina, com o desenvolvimento da humanidade, sempre foi a mesma técnica. Acontece que a maneira como perguntar, como você vai confrontar a pessoa, tem uma série de estratégias, assim, que são diferentes de uma pessoa para a outra. E essas coisas a gente aprende com o tempo. Não existe um roteiro para isso. Você está na frente do problema e você começa a criar. Você começa a criar. É uma coisa que vai acontecendo e você começa a criar. Não é um interrogatório. Por isso, eu falo em técnica de entrevista, porque a pessoa ao se apresentar ela pode querer falar pouco, pode não querer falar ou pode querer falar muito. E você deve funcionar como um filtro disso aí, captar e colocar no papel. É isso aí que faz o diagnóstico. Uma entrevista bem orientada dá mais ou menos 85% do diagnóstico. Só conversando” (E4).

Conforme o relato apresentado, não basta ao profissional da Medicina dominar as técnicas mais recentes no seu campo de atuação; se ele não atentar para a singularidade inerente a cada uma das enfermidades e, principalmente, para a unicidade do usuário, cujas particularidades estão presentes na sua concepção sobre o seu próprio estado de saúde-doença e sobre o entendimento do mundo no qual ele está situado, o diagnóstico não será completo, podendo, assim, o profissional incorrer em erro ou não obter o sucesso desejado no prognóstico.

Embora o uso de tecnologia para esse grupo não seja rechaçado em sua totalidade, visto que as inovações no setor são percebidas como um avanço na área da Medicina, o que os seus integrantes expõem é justamente a necessidade da problematização em relação à forma como os médicos irão utilizar essas ferramentas para diagnosticar uma determinada doença. Para esses médicos, o uso de exames e equipamentos avançados ou de última geração não irá dar a resposta, o diagnóstico sobre a situação de um determinado paciente. É preciso uma interpretação por parte do profissional acerca das informações obtidas por meio desses instrumentos. É por isso que a estratégia utilizada pelo grupo procura

ênfatizar a importância da clínica em detrimento do conhecimento tecnológico e do próprio movimento de especialização observado ao longo do século XX na Medicina:

“... na Medicina de modo geral, naquela Medicina da época de estudante e as primeiras décadas, o raciocínio clínico ele era absolutamente indispensável. Ele continua sendo absolutamente indispensável. As grandes mentes médicas sempre existiram e sempre vão existir, ou seja, aquelas que não vão depender de máquinas e nem de tecnologias, aquilo que se tem pela clínica, pela semiologia. Então, num primeiro resumo eu diria que a semiologia naquelas décadas iniciais ela era muito desenvolvida e muito ensinada e era muito dito de que ela era importante, e por ali se chegaria ao diagnóstico. Hoje em dia tem máquinas que complementam o diagnóstico. Com um grande detalhe: tem que se ter a ideia do que vai se pedir, em quem vai se pedir, para diagnosticar o quê. Então, a grande diferença hoje é que a tecnologia auxilia muito; muitos equipamentos na área de diagnóstico, na área de tratamento facilitaram soberbamente a tarefa do diagnóstico e condicionaram tratamentos mais eficientes. Mas a diferença que tu pediste está assim... hoje temos muita tecnologia. Às vezes, até tem que se cuidar para não deixar o raciocínio clínico escapar. De repente, tu ficas tentado a tratar o exame e não o doente. E o importante é tratar o doente, não o exame. Muitas vezes, aquilo que o exame mostra nem sempre é só o que o doente tem. E aquilo que vai se tratar em respeito ao exame não representa toda a necessidade que o doente tem. Esse é um componente importante que hoje em dia, às vezes, pode até, quem sabe, estar escapando em alguma área, algum setor, em função da tecnologia” (E3).

“É o grande progresso que a tecnologia trouxe e a consequência é o encarecimento de toda Medicina, de todos os atendimentos. Então, essa é a problemática hoje. Até se criou um termo meio pejorativo, de que o médico trata de ter algum aparelho para faturar em cima do... Os chamados maquinistas, os que têm máquina. Uma máquina para faturar. Isso eu não fiz nunca. Não tenho nenhum aparelho (...), a não ser aquele que precisa para medir pressão” (E2).

A importância da prática clínica como uma ação sustentada na ideia de proximidade e interação cotidiana com o paciente é tomada como sinônimo e indicador de um bom diagnóstico. É através desse exercício dialógico que o profissional da Medicina consegue apreender os sentidos e signos atribuídos pelo paciente aos sintomas que apresenta. Embora a relação doente-médico seja mediada pelos conflitos inerentes às categorias de percepção sobre o corpo, a doença e a saúde presentes em cada um dos pacientes, da mesma forma que esses conflitos são resultantes do tipo de comunicação e linguagem estabelecida e



utilizada na interação entre esses agentes sociais, além da distância social que lhes é característica (Boltanski, 2004; Helman, 2006), a sensibilidade e a experiência do médico são imprescindíveis para mapear e diagnosticar o tipo de enfermidade que o paciente possui. A maneira de exteriorizar um sintoma não é a mesma para todos os usuários dos serviços de saúde, pois conceitos como dor, saúde, bem-estar não são passíveis de mensuração; ao contrário, seus sintomas são subjetivos<sup>126</sup>, podendo ser expressos de diferentes formas pelos atores sociais. Sendo subjetivos, eles dependem da possibilidade que esses indivíduos têm de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância e/ou segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio (Caponi, 1997).

É sobre esses aspectos e definições apresentados e descritos pelo enfermo que o profissional da Medicina precisa conduzir o seu olhar e as suas ações, porque a escolha da tecnologia que será utilizada depende, intrinsecamente, do tipo de informação que é colhida sobre um determinado sintoma nas diversas situações em que ele ocorre. Logo, suas ações não são as mesmas em todos os momentos. Cabe ao profissional identificar as nuances e particularidades de uma dada enfermidade. Conforme explica um dos entrevistados:

“Eu me lembro do que nos dizia um professor na época: ‘se vocês escutarem o doente e ouvirem a informação dele e pesquisarem, por que a informação dele é preciosa, vocês vão chegar ao diagnóstico’. Hoje se o doente se queixar assim e ou assado ou diferente, ele faz uma endoscopia digestiva alta e tem alcance diagnóstico absolutamente completo nesse segmento. Mas, ainda, apesar de tudo, tem aquela situação que eu te falei: quem é que faz, qual é a pessoa que vai fazer endoscopia, com que sintoma ele vai fazer a endoscopia e o que se está procurando? Porque dor é dor, é sintoma subjetivo. Sendo um sintoma subjetivo, só quem sente pode informar. E se a informação da dor nas suas diversas situações paralelas: localização, tipo, caráter, irradiação

---

<sup>126</sup> A partir do conceito de saúde de Canguilhem, Caponi (1997) problematiza as definições apresentadas pela Organização Mundial de Saúde e pela VIII Conferência Nacional de Saúde, as quais definem o conceito de saúde, respectivamente, como equilíbrio (a saúde existe quando há ausência de doença) e como adaptação a um meio (resultante das condições externas – estruturais – nas quais está situado o indivíduo). De forma contrária a essas perspectivas, a autora apresenta o conceito de saúde como risco, visto que esse enunciado parte da ideia do corpo como algo dado e como produto, isto é, a definição de saúde é totalmente subjetiva, dependendo da maneira pela qual cada indivíduo define aquilo que ele é capaz de tolerar em uma dada circunstância. Nesse sentido, ao invés de uma polarização há um vínculo entre saúde e sociedade, pois a enfermidade tanto pode ser externa, ou seja, ela não é escolhida pelo indivíduo já que está sujeita a aspectos estruturais como, por exemplo, alimentação deficiente, escolaridade, saneamento básico, quanto pode ser interna, dependendo das escolhas individuais do agente, tais como estilos de vida e condutas escolhidos singularmente dentro da esfera privada.

não for adequada, tu acabas pedindo um exame que não era para ser bem aquele. A tecnologia está expressa, mas a correlação entre a clínica e a tecnologia pode não se referendar. Então, passa para um segundo exame, para um terceiro exame, para um quarto exame, daqui a pouco tu tens cinco exames e ainda não tens o diagnóstico” (E3).

Dessa forma, a mudança no campo da Medicina ao longo das últimas décadas é explicada justamente por esse movimento de especialização e tecnicização da prática médica, cuja principal consequência foi o “empobrecimento” do saber-fazer clínico, influenciando negativamente no tipo de relação estabelecida entre o profissional e o paciente.

A presença de diferentes concepções terapêuticas faz com que os médicos entrevistados se orientem distintamente em relação a um caso clínico; quer dizer, enquanto aqueles profissionais não envolvidos com a pesquisa apresentam, em seu discurso, preocupação em preservar a perspectiva sistêmica e global na sua prática clínica, enfatizando a necessidade do profissional possuir uma sensibilidade médica, que lhe permita apreender a singularidade de cada uma das situações por ele analisadas, os médicos pesquisadores, caracterizados pelo seu elevado grau de especialização, percebem a Medicina especializada como uma potencialidade para a construção das estratégias de progressão de carreira.

Dessa maneira, as estratégias de especialização podem ser compreendidas, como explica Carapinheiro (2005), como estratégias de poder médico no sentido de buscar uma distinção no campo de atuação profissional e, conseqüentemente, no campo social. A tecnologização da prática médica propicia a conquista de espaços de poder no âmbito hospitalar, mediante investimentos em laboratórios e equipamentos tecnológicos e terapêuticos, assim como a aquisição de prestígio diante dos pares e da sociedade em geral, em razão dos serviços prestados no tratamento de enfermidades crônicas e de doenças raras ou de alta complexidade, dentre outras.

A perda da percepção generalista adquire dois sentidos para o grupo de profissionais investigados envolvidos em práticas de pesquisa, os quais podem ser pensados como excludentes. Assim como médicos clínicos e médicos pesquisadores divergiam quanto ao papel das novas tecnologias terapêuticas no cotidiano da prática profissional em relação ao prognóstico das enfermidades tratadas, essa dissensão também é observada dentro do próprio corpo de

profissionais envolvidos com a pesquisa nos setores especializados que foram investigados.

Ao longo do trabalho de campo, foi possível mapear dois tipos de discursividade presentes entre aqueles profissionais envolvidos com a Medicina tecnicista. Essas discursividades são mais bem compreendidas quando entendidas as posições ocupadas por esses profissionais dentro da Medicina, assim como as imagens que eles têm de si e da Medicina que executam.

Enquanto aqueles médicos pesquisadores, formados até a década de setenta, problematizam o próprio rumo tomado pela especialização médica e suas consequências na relação entre médico-paciente, os médicos mais jovens, ainda em fase de construção de carreira, na qual se observa a competição pela ocupação de cargos centrais nas instituições médico-hospitalares e de pesquisa, percebem na especialização a potencialidade de praticar uma “boa Medicina”, menos suscetível aos erros médicos. Essa concepção pode ser percebida no depoimento que segue, no qual um dos entrevistados problematiza a necessidade dos usuários dos serviços de saúde terem que recorrer, em alguns países europeus, primeiramente ao médico clínico, para apenas depois serem encaminhados ao médico especialista, conferindo, assim, um “engessamento” à prática clínica em geral, pois,

“... se tu ficas doente tu não podes ir a um especialista. Tens que ir primeiro num médico da família ou do bairro; este médico vai julgar se tu tens que seguir adiante ou não. E como esse cargo geralmente é para médicos que não têm uma especialização, geralmente ocorrem muitos erros de encaminhamento de pacientes, pelo não encaminhamento de coisas até graves. Então, esse é um problema sério, eu acho” (E11).

Os dados apresentados por esse informante, além de explicitarem as mudanças ocorridas na Medicina, a qual nos últimos anos tem se tornado cada vez mais especializada, e os embates surgidos entre a prática médica generalista e a prática médica especializada, são representativos pelo fato de que esse profissional não questiona a capacidade de o próprio doente, sem ter uma formação médica, escolher o especialista adequado.

Essa situação pode ser entendida quando levados em consideração os estudos realizados por Weber (1979) e Boltanski (2004). Os profissionais da Medicina, segundo tais perspectivas de análise, buscam a todo o momento,

principalmente nas relações médico-paciente, reconhecimento da sua autoridade e da do grupo profissional do qual fazem parte. As relações de dominação e subordinação presentes em outras esferas da sociedade também são reproduzidas no ambiente do consultório e das instituições médico-hospitalares. Desse modo, o médico investido de autoridade (decorrente do conhecimento específico que possui e do prestígio social da sua profissão perante a sociedade) apresenta-se ao doente, isto é, ao profano, como um sujeito autoritário, possuindo as condições e saberes necessários para tomar as decisões pertinentes a uma determinada situação. O enfermo, ao contrário, é percebido como ingênuo e extremamente dependente do médico, principalmente quando ele provém de classes sociais distintas daquela da qual o médico faz parte<sup>127</sup>.

O grau de especialização da prática médica contemporânea também é problematizado por outro profissional. Ele explica que há possibilidade de produção do próprio conhecimento médico diante da oportunidade de seguir a Medicina tecnicista e/ou especializada, permitindo, dessa forma, uma possível ascensão profissional dentro dos quadros institucionais, assim como nos quadros de destaque internacional do campo médico:

“... a mudança radical que aconteceu, nesses últimos vinte e poucos anos, na nossa faculdade de Medicina é que dentre aqueles médicos que eu citei, que me influenciaram naquela fase, quase todos eles, com exceção de um, dedicaram-se, exclusivamente, à determinada área especial, porque tinha atividade de produção de conhecimento, (...). Então eu, já naquela época, visualizava que uma das coisas que me agradaria também era produzir conhecimento... Hoje, nós produzimos conhecimento de qualidade, publicamos na literatura internacional, competimos num nível muito elevado e isso é uma diferença dramática, pois, há trinta anos atrás não existia nada disso na faculdade de Medicina” (E9).

---

<sup>127</sup> Conforme explica Boltanski (2004), o médico ao se deparar com pacientes, cuja classe de origem é distinta da sua, adota um comportamento diferenciado. Assim sendo, a distância social é um critério de grande relevância para compreender a linguagem utilizada pelo profissional da Medicina no atendimento do doente, pois “... as explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam ‘bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado’. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, sem se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de dar conselhos argumentados” (BOLSTANSKI, 2004: 38).

Já aqueles profissionais da Medicina, cuja formação deu-se principalmente no período que antecede a década de oitenta e que estão envolvidos tanto com a prática de pesquisa quanto com a prática docente, apresentam em seus depoimentos uma preocupação em como articular uma formação mais completa e global diante de um mercado de trabalho cada vez mais especializado.

Se, por um lado, a clínica generalista permite ao médico um aprofundamento em relação àqueles casos nos quais o profissional não tem acesso imediato a todos os recursos técnicos e instrumentais característicos encontrados, principalmente, nos grandes centros urbanos, por outro lado, ele se depara com questões práticas, ou seja, em decidir, desde cedo, a especialidade na qual pretende atuar. E uma vez feita essa opção, as pequenas comunidades não se apresentam “sedutoras” para o exercício profissional, pois não oferecem todos os recursos necessários para o exercício de uma determinada especialidade, sejam eles financeiros ou técnicos.

É o que pode ser observado na fala de um dos médicos entrevistados, o qual relata que, antes de prosseguir com o mestrado e o doutorado, decidiu, após a finalização da residência, realizar um estágio no interior do estado, pois sentia a necessidade de adquirir um conhecimento do que era ser e como era agir como médico em pequenas comunidades: “... *eu percebia que eu devia ter essa noção, porque eu achava que um médico completo é aquele que tinha essa visão do que se passa também em pequenas comunidades, um médico generalista*” (E7). Contudo, esse mesmo profissional questiona a possibilidade de se obter esse tipo de experiência no momento presente em razão das características expostas no parágrafo acima: “... *nos dias de hoje ia ser muito difícil de fazer isso que eu fiz naquela época. Naquela época era possível, hoje em dia seria mais difícil. Não sei se seria prático*” (E7). Mais adiante, o mesmo entrevistado explica as vantagens obtidas neste tipo de experiência, advindas, especialmente, dos desafios que se apresentam no cotidiano da atuação profissional, forçando o jovem médico a encontrar saídas e soluções para situações inusitadas, permitindo, assim, aprofundar a relação profissional, uma vez que o atendimento e as noções do atendimento não são as melhores. A escassez de recursos leva o profissional a aproximar-se do paciente, pois ele precisa fazer todo o tipo de atendimento, dentro da realidade apresentada pela região na qual atua.

Essa prevalência da Medicina tecnicista sobre a Medicina humanista é descrita por outro entrevistado como um efeito da configuração da sociedade contemporânea, a qual pauta suas demandas e decisões na valorização da técnica e da especialização das atividades laborais. Mesmo reconhecendo a importância da necessidade de repensar o ensino médico, buscando uma maior valorização da perspectiva generalista, uma vez que esta permite maior aproximação e interação com o paciente, ele reconhece as dificuldades encontradas para a implementação de um novo projeto de formação dos profissionais da Medicina, pois embora algumas *“... faculdades de Medicina estejam querendo voltar para o modelo [generalista], eu acho difícil, porque o que a sociedade e o mercado de trabalho regram no momento não é isso, visto que a primeira valoriza muito o médico especialista, e o jovem médico ele quer ser especialista, porque ele é mais valorizado, ele ganha mais. Então não sei como é que isso vai ficar”* (E10).

Esse paradoxo encontrado na prática médica atual é percebido por esse grupo como uma tarefa de difícil resolução, na qual a relação médico-paciente acaba sendo o elo central na tentativa de encontrar alternativas para as ações inovadoras procedentes dos avanços tecnológicos no campo da saúde. Embora a tendência se dê sempre na busca de uma *“superespecialização”*, falta para os médicos *“hoje em dia um pouco mais dessa visão global. Da pessoa, do paciente, como uma entidade global, e não como um cérebro, um rim ou alguma coisa assim”* (E10). Essa fragmentação do corpo humano tem suas raízes ancoradas no princípio fundador da ciência moderna. A racionalidade moderna possui traços mecanicistas, dualistas e quantitativistas; suas representações de mundo estão baseadas na noção de *“engenho”*. Essa lógica, por consequência, é transposta para pensar o corpo na esfera da Medicina, dando início ao movimento de especialização da prática médica (Luz, 1988).

Analisando as interações entre médicos e pacientes, Helmann (2006) explica que essas interações são mediadas por aspectos que ultrapassam a sua origem social e cultural. Mesmo pertencendo ao mesmo grupo social, cada um desses agentes tem suas perspectivas fundamentadas em premissas diferentes, pois, ao contrário do usuário dos serviços de saúde, o profissional da Medicina sustenta sua prática laboral a partir do embasamento de suas ações na racionalidade científica moderna. Logo, *“... os indivíduos que exercem a Medicina científica moderna formam um grupo à parte com seus valores, suas teorias sobre*

*doença, suas regras de comportamento e sua organização hierarquizada de funções especializadas*” (HELMAN, 2006: 109). A aproximação entre médicos e pacientes depende exclusivamente do grau de comunicação estabelecido durante o encontro clínico (Helman, 2006) e da maneira com que essa comunicação é conduzida pelo médico<sup>128</sup> (Boltanski, 2004).

É o que apresenta o relato de um dos médicos entrevistados. Segundo esse profissional, o doente sempre tem a expectativa de saber qual é o seu diagnóstico e prognóstico. Quando o médico atende a essas expectativas, a relação com o paciente torna-se mais próxima, possibilitando uma maior eficácia no tratamento solicitado, pois *“... durante a consulta o que a gente nota é que os pacientes têm uma carência de ouvir o que eles têm, saber o que está acontecendo e saber o porquê do tratamento e como será o tratamento; o planejamento do tratamento dele”* (E14). A partir do momento em que o médico mantém o usuário de seus serviços informado sobre os procedimentos adotados e os motivos que o levaram a tomar esse tipo de decisão é estabelecido um elo de confiança entre ambos, visto que o *“... fato de comunicar e passar todos os detalhes na consulta e explicações”* (E14) torna-se um elemento importante para conduzir o próprio processo terapêutico.

Se, por um lado, existem divergências entre os profissionais da Medicina entrevistados quanto às interferências das novas tecnologias na relação entre médicos e doentes, por outro, pôde-se observar um acordo comum entre eles quanto à jurisdicização<sup>129</sup> das práticas médicas. A “naturalização” das intervenções

---

<sup>128</sup> Para Boltanski (2004), a relação entre o médico e o doente é pautada por uma relação monológica, em que, na maior parte dos casos clínicos, é o médico *“... que, como um pesquisador, dirige e conduz a seu bel-prazer uma conversa aparentemente livre, cujo desenrolar obrigatório vai das perguntas que marcam seu início até às (essa crase não existe. Se no original estiver assim, use “sic”) ordens que a terminam”* (BOLTANSKI, 2006: 48). Contudo, é preciso ressaltar que, para o autor, a forma como uma consulta clínica é conduzida e a linguagem que é utilizada pelo profissional da Medicina dependem da classe social à qual pertence o paciente. Assim, quanto mais próximos forem os estilos de vida e as classes sociais às quais pertencem ambos os grupos, maior a potencialidade de ocorrerem modificações nas atitudes no médico, pois *“... a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente”* (BOLTANSKI, 2006: 40-1).

<sup>129</sup> Não bastassem, ao longo das últimas décadas, as interferências do Estado, através dos institutos de previdência social e privada, e por meio do estabelecimento de políticas públicas para saúde, sobre a prática médica, cujas mudanças tornaram-se visíveis através do declínio da Medicina liberal, a partir dos anos noventa passou-se a observar a intervenção do sistema judiciário na atividade médica, percebida de distintas maneiras, seja na autorização judicial para a realização de certos tipos de procedimentos terapêuticos como, por exemplo, práticas cirúrgicas, asseguradas constitucionalmente como direitos dos cidadãos brasileiros, seja na explicação via esfera legal de possíveis erros médicos.

jurídicas na atuação profissional é percebida como um problema para a autonomia dos médicos, podendo influenciar negativamente no distanciamento do profissional em relação ao paciente.

Tornou-se comum, ao longo das entrevistas, os entrevistados exporem os riscos que esse tipo de prática pode trazer ao longo do tempo para o exercício profissional, cujas consequências serão sentidas, especialmente, pelos usuários dos serviços de saúde. Conforme o depoimento apresentado por um dos sujeitos da pesquisa, a principal mudança observada na relação médico-paciente nas últimas quatro décadas no Brasil é a transição de um modelo de Medicina fortemente pautado na hierarquização entre o médico, detentor de um saber especializado e situado numa posição elitista, e o paciente, percebido como um profano, cujo conhecimento vulgar não consegue determinar as causas dos sintomas e das doenças, para um modelo de Medicina orientado pela manifestação do surgimento de uma relação triádica entre médico-paciente-jurisprudência. Para esse entrevistado, a formação típica obtida até os anos setenta era caracterizada pela existência de dois níveis de relacionamento entre médico e doente:

“... havia um grupo que se colocava numa posição muito elitista. O médico aqui e o paciente ali... mas isso é dito, porque o médico sabe. O paciente tem que escutá-lo e segui-lo. Não aceitavam questionamento. (...). Havia também o outro nível que era o nível, vamos dizer assim, mais dialogado, que era incomum na época e que permitia não o questionamento, mas a aproximação. O primeiro não. Era de cima para baixo. No segundo, não havia questionamento, mas uma aproximação. Então como era: eu passo para ti, eu posso dialogar contigo desde que você não me questione” (E6).

A Medicina atual, por sua vez, é marcada pela percepção do paciente como um potencial reivindicador, isto é, uma pessoa que pode buscar na esfera judiciária elementos e decisões para mediar a sua relação com o profissional da medicina, isto é, o paciente é entendido como alguém que pode processar o médico com base em um atendimento que ele julgue que não tenha sido satisfatório. Esta lógica acaba caracterizando a prática médica como uma Medicina “meio que defensiva”.

Embora esta relação ainda não esteja totalmente instituída na prática médica brasileira da mesma forma que está na sociedade norte-americana, os



entrevistados destacam que ela está aparecendo discretamente e que já tem alterado a postura e o papel desempenhado pelo médico perante o paciente:

“... antes, a tendência era poupar o paciente de algumas coisas. Hoje não, não se poupa nada. Você pode receber um processo. Então você está com câncer e as suas possibilidades são essas! Antes a gente podia dizer: ‘olha, o senhor está com uma doença grave, acho que é um câncer, nós vamos tentar tratar, vamos ver se a gente consegue vencer e tal’. Era diferente. Hoje o paciente tem muito mais informação. Dependendo do nível, via internet, via mídia. Então, ele questiona. Às vezes, ele sabe exatamente o que está acontecendo com a sua doença. E isso para alguns colegas acaba atrapalhando a relação. Então, a relação hoje ela é mais formal, no sentido de proteção do médico, e as informações passam. Ela não tem mais essa estratificação que eu acho que era muito mais uma questão de posição. Minha posição é aqui e a tua é aqui” (E6).

Essa ação mecanizada dos médicos em uma consulta é um dos exemplos citados recorrentemente como uma manifestação das mudanças ocorridas neste setor, cujo principal risco é a transformação da consulta médica e do atendimento prestado pelo profissional em uma mera prática contratual. Em razão das inferências jurisdicionais, segundo alguns dos entrevistados, a percepção médica está perdendo a visão da Medicina como uma arte a ser executada de maneira autônoma. A proximidade e a sensibilidade cedem espaço, segundo eles, à busca da exatidão para os casos clínicos, sendo comparada em determinados momentos a um cálculo matemático. O expoente clássico desse fenômeno é o uso de um organograma para conduzir o tratamento do paciente por meio do raciocínio lógico, evitando, assim, possíveis enfrentamentos jurídicos.

Nesse sentido, o que se pôde observar ao longo das entrevistas é um enfrentamento entre a Medicina generalista e a Medicina tecnicista na tentativa de delimitar espaços de poder e mobilidade profissional. Dessa maneira, ao pensar as inovações tecnológicas e suas interferências na relação entre o médico e o doente, os médicos humanistas definem as suas concepções de Medicina sempre em oposição à Medicina especializada, percebendo com grande criticidade e desconfiança o papel das técnicas na atuação médica (Carapinheiro, 2005).

Destaca-se, contudo, que, ao abordar a influência de características geracionais sobre as diferentes concepções da Medicina e, conseqüentemente, sobre as inovações tecnológicas no campo da saúde, percebe-se uma distinção

fundamentada na ideia de que existe, entre as gerações mais novas, um encrustamento da competitividade, resultante das características sócio-culturais nas quais esses sujeitos encontram-se situados.

Para tanto, conforme explica Carapinheiro (2005), o carreirismo, a competitividade e a desumanidade não podem ser tomados como critérios responsáveis pela estruturação das características das formas de entendimento sobre Medicina pelos médicos, independente da sua geração. Os conflitos emergentes entre as visões humanista e tecnicista têm sua base no próprio processo de formação profissional ao longo da graduação e dos cursos de pós-graduação, podendo-se perceber a identificação com uma dessas concepções como produtos que *“... fora as orientações ou estilos que cada médico imprime na sua prática concreta, tendem geralmente a alinhar-se com as concepções dominantes que acompanham a sua formação”* (CARAPINHEIRO, 2005: 241).

Esse processo reforça a ideia da formação de redes de relações entre grupos determinados nas instituições médico-hospitalares e nas instituições de pesquisa, cuja prática comum observada é a formação de discípulos em torno de um mestre. Esse *“... seguidismo dos chefes acaba por ser racionalizado como sendo um fenômeno ‘natural’, uma ‘imagem natural’ da hierarquia social dos médicos, produto de uma seleção natural dos médicos mais aptos, dos ‘melhores’, para constituírem os agentes principais da estratégia de transformação do serviço num serviço especializado e de qualidade universitária”* (CARAPINHEIRO, 2005: 236). Como explica Moura (2004), a formação de médicos se dá a partir de diversas influências com as quais o aluno de Medicina se depara ao longo das suas atividades teóricas e práticas. Esses modelos médicos, professores ou instrutores instituídos formalmente ou não nos centros de ensino são os responsáveis por reproduzir e estabelecer o *habitus* profissional, isto é, uma maneira peculiar do médico agir como profissional na sociedade.

É através de um “personagem” específico, isto é, de uma ação individual que determinados tipos de tecnologias são difundidos em uma determinada região. A inovação tecnológica, em algumas circunstâncias, causa certo impacto na sociedade e, muitas vezes, no próprio grupo de pares. Independentemente de seus resultados serem positivos, não significa que uma nova tecnologia seja aceita, em um primeiro momento, abertamente pelos demais agentes sociais. As posições hierárquicas são conquistadas por muitos desses modelos médicos e reconhecidas

no interior de seu campo após um longo embate estabelecido entre pares. Esse conflito permite que uma perspectiva intelectual sobreponha-se à outra no decurso de um processo de argumentação e lutas simbólicas. O uso de uma prática específica em um determinado momento não significa que essa tenha sido interpretada da mesma forma em outra época; ao contrário, ela pode, como explica um dos entrevistados, ser entendida como inadequada e suspeita, sendo qualificada como uma “experiência”, podendo trazer resultados “inconvenientes” para os pacientes que dela fazem uso.

Essa maneira de agir estabelece uma tensão oculta entre a política administrativa nas instituições de saúde e as estratégias e políticas utilizadas pelos médicos na introdução de novos sistemas terapêuticos, muitas vezes bastante distintos, conferindo um caráter de resistência a ambas as perspectivas e de não passividade. A inclusão de uma nova tecnologia é mediada por um constante jogo de disputas de poder e busca de reconhecimento no espaço médico. O significado depreciativo atribuído àqueles médicos que procuravam introduzir no meio médico uma terapêutica inovadora para o período, qualificados pelos pares na época como profissionais “... que faziam experiências”, em um momento posterior, após um longo processo de disputas, é substituído pela apreciação positiva de suas práticas, as quais são entendidas como benéficas para o tratamento de enfermidades. Conquistado o lugar de destaque na instituição, o profissional passa a ser considerado um modelo médico, responsável por despertar “... *novos ideais de jovens*” (E1), que têm por objetivo aprofundar-se na temática e difundi-la na sociedade.

A dificuldade de introduzir novas tecnologias, sejam elas terapêuticas ou pertinentes a outros campos da sociedade como, por exemplo, a tecnologia industrial, eletrônica, etc., quando associada à ideia de inovação pode ser melhor compreendida a partir de duas abordagens clássicas complementares. Tanto Schumpeter (1961) quanto Weber (2004) enfatizam o papel do indivíduo inovador, suas características e dificuldades.

Schumpeter (1961) fala sobre o perfil psicológico do empresário, quer dizer, do agente da inovação na economia, enfatizando aspectos como carisma, personalidade social, etc. Para o autor, a ação inovadora supõe, de um lado, um atributo de personalidade do empreendedor, no sentido de este, através do desenvolvimento econômico, buscar não um fim determinado dado naturalmente,

como quer a perspectiva clássica da economia<sup>130</sup>, mas um atributo social, pois é necessária a incorporação não apenas da racionalidade técnica na produção econômica, como também de uma ação estrategicamente organizada<sup>131</sup>, isto é, de uma ação que tenha a capacidade de contrapor-se aos costumes, cujo agente da inovação seja capaz de agir para obter determinados fins.

Weber (2004), em “A ética protestante e o espírito do capitalismo”, também fala sobre esse mesmo sujeito, mas o define como um agente social, que rompe com a tradição e, concretamente, prejudica seus pares que, num primeiro momento, insistem em continuar com os métodos tradicionais. Ao analisar o desenvolvimento do capitalismo, o autor explica que esse desenvolvimento se dá em razão da emergência de um espírito capitalista, resultante, não do desenvolvimento capitalista, mas de uma ética social, quer dizer, a ação inovadora depende de uma ação efetiva, fundada na ideia de sobriedade<sup>132</sup>, que leva o indivíduo à racionalização de suas práticas sociais. Assim, a “origem” do sistema capitalista moderno se dá a partir de uma ação inovadora para aquela época, onde em um determinado momento,

“... um jovem qualquer de uma das famílias desses empresários da produção em domicílio muda-se da cidade para o campo, seleciona a dedo os tecelões de que necessita, aumenta ainda mais sua dependência e o controle sobre eles, fazendo, dos camponeses, operários; por outro lado, assume totalmente as rédeas do processo de vendas por meio de um contato o mais direto possível com os consumidores finais: comércio a varejo, granjeia pessoalmente os clientes, visita-os regularmente a cada ano, mas, sobretudo, passa a

---

<sup>130</sup> Schumpeter (1961) contrapõe-se à tradicional teoria do desenvolvimento, fundada na ideia de que este seria o resultado do investimento de um excedente econômico. Do seu ponto de vista, numa economia voltada para a satisfação de uma demanda dada, não existe excedente, ao menos com sentido econômico, isto é, qualquer investimento visando aumentar a oferta de produtos para além da demanda já existente não faria sentido. Assim, o fluxo circular da vida econômica – isto é, uma economia que, uma vez satisfeita a demanda, volta constantemente ao seu ponto inicial, é caracterizada pelo equilíbrio e pela estagnação. A comunidade de produtores e consumidores, agindo sempre pela força do costume, não gera qualquer mudança, portanto nenhum desenvolvimento.

<sup>131</sup> Contrapondo-se ao modelo teórico clássico, que ele denomina de fluxo circular da vida econômica (o objeto moral da economia tradicional seria satisfazer o consumo futuro), Schumpeter (1961) explica que a inovação surge a partir de um desequilíbrio, que seria responsável pela reorganização econômica. Em outras palavras, o que o autor quer dizer é que o desequilíbrio é uma consequência imediata da ação do empresário contra os costumes, ocasionando uma recessão na economia. Esse empresário provoca uma mudança nos costumes.

<sup>132</sup> A sobriedade corresponde à capacidade de autocontrole do indivíduo. A ação visa a objetivos determinados, sendo necessário, por isso, que o agente social subordine suas paixões. Essa maneira de se conduzir em sociedade leva à racionalidade, entendida como uma virtude em uma economia racionalizada.

adaptar a qualidade dos produtos exclusivamente às necessidades e desejos deles para 'agradá-los' e a pautar-se ao mesmo tempo pelo princípio do 'menor preço, maior giro'." (WEBER, 2004: 60).

Surge, então, a partir dessa ação inovadora (exemplificada a partir da atitude tomada pelo jovem, filho de um dos comerciantes de tecido da época), um novo processo de produção, sustentado por um novo espírito, denominado de espírito do capitalismo moderno, o qual somente é viabilizado devido à presença de uma ética social. Esse sujeito, responsável pela ação inovadora, acaba por enfrentar toda sorte de preconceitos, histórias sobre a "origem obscura de sua fortuna", e necessita, portanto, de enorme força moral para enfrentar as resistências, força moral que ele busca na sua ética religiosa.

A inovação, portanto, depara-se constantemente com a força do costume. Essa força do costume, segundo Schumpeter (1961), é que dirige a simples reprodução do sistema econômico dado e que resiste à inovação. O fato de o sujeito empreendedor apresentar à sociedade uma determinada inovação tecnológica não significa, necessariamente, que essa nova tecnologia seja imediatamente incorporada pelos demais agentes sociais. É preciso, antes de tudo, que a ação do sujeito empreendedor (seja ele um empresário ou um médico, que apresenta aos pares e à sociedade uma nova tecnologia terapêutica) possa ser compreendida dentro da sociedade a partir do universo de valores nela presentes.

A aplicação e o reconhecimento de um aparato tecnológico inovador requer, muitas vezes, conflitos e embates de ordem social e, também, profissional. A sociedade, ou um grupo profissional específico, como os médicos, por exemplo, conduzem suas práticas com base em um conjunto de valores, isto é, de costumes reconhecidos como legítimos em um contexto histórico e social específico. A ação inovadora, portanto, somente é incorporada pelos agentes sociais quando ela assume uma característica de naturalidade, ou seja, quando os indivíduos passam a percebê-la como significativa para o mundo social no qual estão inseridos.

Acompanhando o debate sobre as particularidades e potencialidades de cada tipo de célula-tronco no desenvolvimento de pesquisas no ramo da Medicina regenerativa, emergem, paralelamente, questionamentos éticos acerca dos procedimentos investigativos, especialmente àqueles ligados à utilização de células-tronco embrionárias e obtidas através da técnica da clonagem. A discussão sobre o estatuto do embrião humano é o eixo central que acompanha esse debate, pois é

em torno dele que são estabelecidas as argumentações e reflexões sobre os parâmetros para a instituição da condição de indivíduo, isto é, de seu estatuto jurídico.

Contudo, a compreensão de uma ação inovadora, nesse caso, inovações tecnológicas no campo da Biologia Celular, demanda uma reflexão sobre as redes de relações sociais que permitem a sua incorporação em uma determinada realidade. Essa realidade é formada pelo encontro de culturas paralelas que convivem em uma mesma sociedade, mas que não se comunicam necessariamente. Para Flichy (2003), é o encontro entre essas culturas que possibilita a inovação, pois é através do encontro dessas histórias paralelas que é estabelecida uma cultura receptiva às novas tecnologias.

Partindo do conceito de redes sociais, definidas como instâncias que permitem o encontro de histórias paralelas, o autor explica que é por meio dessas redes que se estabelece a comunicação entre diversos atores sociais. A partir da variedade de histórias paralelas presentes em uma sociedade, a inovação deixa de ter um único ponto de origem e passa a fundamentar sua racionalidade em terrenos distintos. Em outras palavras, o autor sustenta que é preciso estabelecer redes de relações institucionais entre o mundo da comunidade de pesquisadores (entre pares), entre a sociedade civil (empresários) e o meio político. Há, portanto, a necessidade da presença de uma cultura que permita que esses diferentes agentes sociais possam se comunicar no sentido de discutir e deliberar sobre o processo de inovação tecnológica com o qual se defrontam.

Aprender os significados implícitos aos dispositivos inovadores requer uma análise que leve em consideração a complexidade do fenômeno. Para tanto, é necessária a articulação entre diferentes fronteiras de conhecimento, como as interações sociais estabelecidas entre os agentes sociais e a tecnologia, a história sóciotécnica e a economia das trocas tecnológicas (Flichy, 2003). As relações estabelecidas entre a tecnologia e seus usos, assim como entre o estudo da ação sóciotécnica dos indivíduos, consistem definitivamente em um processo de inovação cujo objetivo é *“... stabiliser des relations entre les différents composants d'un artefact d'un part, entre les différents acteurs de l'activité technique d'autre part. Le cadre sócio-technique ordonne ces différentes relations, il permet d'ajuster les actions individuelles. Contrairement à ce que l'on a longtemps pense, l'innovation*

*n'est pas l'addition d'un genial Eurêka et d'un processus de diffusion*<sup>133</sup> (FLICHY, 2003: 236).

Nesse sentido, a inovação é um produto da aproximação de culturas paralelas, através de um ajustamento sucessivo de confrontação, negociação e redução de incertezas. Esse processo de estabilização permite a emergência de elementos para o funcionamento operacional “... *de la machine que ses usages, les concepteurs que les utilisateurs, les fabricants que les vendeurs*”<sup>134</sup> (FLICHY, 2003: 236). É o conhecimento sobre como foi construído o espaço social no qual está inserida uma determinada tecnologia que permite o entendimento sobre a sua incorporação pela sociedade.

Se a inovação tecnológica implica uma análise das instâncias sociais que influenciam na difusão de seus dispositivos em uma realidade específica, é preciso caracterizar como se estabelece a deliberação sobre os seus usos em um determinado contexto.

A inovação tecnológica, segundo Habermas (2004), é apreendida como uma ideologia para a cultura ocidental, pois é constitutiva de sua visão humana, isto é, de sua personalidade social. Logo, a tecnologia e o processo de inovação no qual está inserida são um fato de comunicação.

A realidade passa a ser concebida como um objeto constituído de estruturas simbólicas fundadas sobre sistemas normativos em que é preciso levar em consideração a especificidade da comunicação na linguagem corrente. O acesso aos domínios desse conhecimento permite a compreensão de seus sentidos. Logo, seu paradigma não é a simples observação, mas o questionamento sobre como uma comunicação<sup>135</sup> “... *dans laquelle le sujet comprenant doit introduire des éléments de*

---

<sup>133</sup> Tradução livre: “... *estabilizar as relações entre os diferentes componentes de um artefato de um lado, entre os diferentes atores da atividade técnica de outro. O quadro sócio-técnico ordena essas diferentes relações e permite ajustar as ações individuais. De maneira contrária àquilo que se pensava há algum tempo, a inovação não é adição de uma mente genial e de um processo de difusão*”.

<sup>134</sup> Tradução livre: “... *da máquina que se usam, dos conceitos que eles utilizam, dos fabricantes que as vendem*”.

<sup>135</sup> Segundo Ladrière (2001), “... *Habermas définit la structure de la discussion en la mettant en rapport avec l'anticipation et la présupposition, nécessaires chez les partenaires, d'une situation de parole idéale. Il serait alors possible de reconnaître dans les idéalizations de l'acte communicationnel pur, les conditions permettant aux sujets parlants et agissants de s'attribuer réciproquement une authenticité et de la vérifier*” (LADRIÈRE, 2001: 273).

*as subjectivité qui soient contrôlables pour pouvoir rencontrer un partenaire sur le terrain intersubjectif d'une possible compréhension"* (LADRIÈRE, 2001: 270).

Assim como Weber, Habermas também (2004) busca compreender a articulação entre a racionalidade científica e social característica da modernidade. Nesse sentido, a emergência de um novo sistema moral tem seus princípios constituídos através de um debate público, cujo objetivo é o compromisso com a racionalidade prática, isto é, esse debate está centrado na lógica da confrontação de interesses sociais que se legitimam ao longo do debate público, não sendo estabelecidos *a priori*. Essa ação comunicacional se caracteriza pela orientação da ação do indivíduo, cujo desenho possui uma característica estrutural própria. O agir comunicacional é orientado pela incompreensão ou, dito de outra maneira, a ação é estruturalmente orientada pelo entendimento.

A inovação tecnológica, portanto, está associada à vida moral da sociedade. Essa moralidade é dada pela socialização, pois os indivíduos fazem parte de um mundo intersubjetivamente compartilhado, ou seja, o sujeito participa de um mundo linguístico, o qual possui símbolos próprios que o caracterizam. É através desses símbolos que esse indivíduo apreende o mundo no qual ele está inserido.

Com base em uma teoria da ação construída a partir de um conceito de atividade comunicativa, a ética proposta por Habermas (2003) consiste em uma ética da discussão. Essa ética deriva das relações de interação estabelecidas entre os atores no contexto histórico da sociedade moderna a partir de uma cisão da ética e da religião.

Contudo, ao contrário de Weber, para quem essa ruptura implicava diretamente na emergência da razão como fundamento da ética, Habermas procura mostrar ao leitor como ela é possível nos limites de uma ética da discussão, responsável por apresentar como significativos o mundo social e suas normas legítimas através de um processo de argumentação que procura administrar os conflitos práticos através do consenso (Ladrière, 2001).

Assim sendo, na esfera da ética da discussão, a argumentação adquire um sentido moral, pois se distingue de uma argumentação simplesmente dedutiva. Tal perspectiva tem como efeito a determinação analítica dos valores e do sistema preferências, que servem de premissas, e a verificação empírica da esfera na qual os valores são realizados. Essa crítica racional dos valores contrapõe-se à perspectiva que percebe a irracionalidade como elemento determinante sobre as



escolhas do sistema de preferências; ao contrário, tais escolhas são enfocadas sob a ótica do tratamento das decisões com base na problemática de valores.

Esse racionalismo crítico não permite submeter o problema do pluralismo dos sistemas de valores e de dogmas sem um real consenso racional adquirido ao término de uma discussão estabelecida no espaço público. Se a ética da discussão já está dada no interior do universo social, a atenção do autor volta-se para a necessidade de engajamento dos sujeitos em relação a esse processo deliberativo.

Diante desse quadro analítico proposto por Habermas, a inovação tecnológica passa a significar a incorporação da ciência no mundo da vida (entendido como mundo da produção material e da reprodução social), seja através de produtos, seja através do discurso. Esse mundo da vida é racionalizado, isto é, as práticas sociais, estabelecidas no seu interior, cujo sentido é buscado através da racionalização e da argumentação, são pensadas antecipadamente.

Os aspectos apresentados pelos autores acima mencionados auxiliam no entendimento sobre a maneira pela qual é conduzido o processo de argumentação e discussão pública sobre as pesquisas de manipulação de células-tronco no Brasil. A diferenciação apresentada por Habermas (2004) entre agir comunicativo e agir estratégico torna-se fundamental para compreender o processo de polarização do discurso sobre a respectiva problemática na sociedade brasileira.

Enquanto o agir comunicativo possui um fim em si mesmo, visto que ele constitui uma ação voltada para o entendimento mútuo dos atores sociais, os quais através da argumentação deliberam sobre os conflitos sociais, o agir estratégico compreende a presença de um ator social (solitário) que tem por objetivo influenciar as ações dos demais agentes sociais, buscando a realização de seus interesses particulares.

## Capítulo VII

### A POLARIZAÇÃO DO DISCURSO SOBRE CÉLULAS-TRONCO NO BRASIL

Diante dos aspectos através dos quais se articulam os discursos sobre a biotecnologia no Brasil, a condução do debate público sobre as pesquisas de manipulação de células-tronco estaria muito mais voltada para um agir estratégico do que para uma ação comunicacional. Como a última pressupõe a participação dos diversos segmentos sociais no processo de deliberação dos conflitos, o que tem se observado no contexto nacional é justamente o contrário.

A forma pela qual o debate sobre a problemática é conduzido desde o seu início implica uma polarização dos discursos, dentre os quais se destacam o religioso e o científico. É no embate entre esses dois segmentos sociais que são traçadas as decisões e normas voltadas para as formas de utilização de células-tronco.

Essa tendência é percebida em vários momentos nos quais foram postas em pauta problemáticas a serem definidas e resolvidas no cenário nacional. O conflito emergente em torno do uso de organismos geneticamente modificados, do estatuto do desarmamento, das políticas afirmativas e, recentemente, da definição sobre a possibilidade, ou não, de uso de células embrionárias para fins de pesquisa são alguns dos exemplos que caracterizam o caminho pelo qual é constituído o processo de deliberação no país. Nesse contexto, o debate estabelecido em torno da lei de Biossegurança e da Ação Direta de Inconstitucionalidade explicita claramente a forma de conduzir os conflitos emergentes na sociedade brasileira.

#### **7.1. A Lei de Biossegurança e a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin): ideologia científica x ideologia religiosa**

A Lei de Biossegurança, votada em março de 2005 pelo Congresso Nacional brasileiro, passou a fixar as diretrizes para o uso de embriões congelados há mais de três anos, obtidos através das técnicas de reprodução assistida, para fins de pesquisa que objetivavam estudos com células-tronco embrionárias.

É preciso salientar, no entanto, que os debates em torno do texto original da respectiva legislação versavam sobre a produção de organismos geneticamente

modificados (transgênicos). O tema das células-tronco passou a ser incluído ao longo da sua tramitação devido às pressões dos “... *lobbies interessados na aprovação das duas biotecnologias*” (CESARINO, 2007: 347).

Desse modo, embora a inclusão da temática células-tronco tenha sido repentina na referida legislação<sup>136</sup>, visto que esta não está sequer mencionada no artigo primeiro da Lei de Biossegurança, o estatuto passa a regulamentar a utilização desse material para fins de pesquisa e terapia. A inserção da problemática, em razão das pressões de determinados setores da sociedade, especialmente por parte de alguns grupos de cientistas interessados em desenvolver pesquisas com células embrionárias e de portadores de doenças degenerativas, é contemplada no artigo 5º da legislação. Esse artigo normatiza o uso de embriões para estudos investigativos, determinando o seguinte procedimento:

*“Art. 5º - É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:*

*I – sejam embriões inviáveis; ou*

*II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento”.*

*§1º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.*

*§2º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação de respectivos comitês de ética em pesquisa.*

*§3º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no art. 15 da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997”.*

---

<sup>136</sup> Diferentemente de outros países europeus, como a Inglaterra, por exemplo, que possui um estatuto específico para normatizar a Reprodução Assistida, técnica que envolve manipulação de material genético humano que, por consequência, envolve questões de cunho ético e moral, o Brasil, em nenhum momento, concentrou suas discussões sobre esse assunto de forma concentrada. Ao contrário, questões como reprodução assistida e células-tronco sempre foram discutidas na esteira de outros temas, portanto, sem a devida atenção. Exemplo disso é a forma como a problemática das células-tronco foi incorporada pela Lei de Biossegurança, cujo estatuto foi criado com o objetivo de legislar sobre o uso de organismos geneticamente modificados.

Diferentemente de países como a Inglaterra<sup>137</sup>, a Alemanha<sup>138</sup> e a Espanha<sup>139</sup>, Estados que possuem legislações específicas para tratar da reprodução assistida<sup>140</sup> e cujo processo de deliberação da norma demandou um período de no mínimo dois anos, observa-se que esse assunto foi conduzido de maneira muito rápida no Brasil, sem a participação e debate público pela sociedade civil. Ao contrário, a discussão em torno da temática, desde o seu início, ficou circunscrita às posições pró e contra pesquisa, envolvendo pequenas parcelas da sociedade, como grupos religiosos, cientistas e portadores de doenças degenerativas.

As posições pró-pesquisa com células-tronco embrionárias eram compostas basicamente por cientistas interessados em desenvolver investigações com esse tipo de material e por grupos organizados por portadores de doenças degenerativas, os quais passaram a vislumbrar nessas pesquisas uma potencialidade de tratamento e possibilidade de cura através da terapia celular. A estratégia utilizada por esses grupos gravitou em torno de dois pontos: por um lado,

---

<sup>137</sup> O Reino Unido possui desde 1990 uma legislação para controlar a pesquisa embrionária (Human Fertilization and Embriology Act – HFE), cuja norma proporcionou “... *um exemplo liberal único da legislação neste campo, ainda mais porque uma minoria significativa do Comitê Warnock discordou da recomendação segundo a qual a pesquisa deveria ser permitida com embriões criados especificamente para esse propósito. Aproximadamente 48.000 embriões que já não são necessários para tratamentos de FIV foram utilizados em pesquisas entre agosto de 1991 e março de 1998, e 118 embriões foram criados durante a pesquisa no mesmo período (...)*” (PLOMER: 2005: 119-18).

<sup>138</sup> Da mesma forma que no Reino Unido, a Alemanha, em 1990, criou uma lei específica (Embryonenschutzgesetz, de 13 de dezembro de 1990) para regulamentar o uso de embriões na FIV. Com o avanço dos estudos de manipulação de células-tronco em 28 de junho de 2002, após dois anos de debates intensos na esfera parlamentar e jurídica, é criada a lei Stammzellgesetz para normatizar as pesquisas com células-tronco (Plettenberg, 2005).

<sup>139</sup> Segundo Lacadena, “... *a legislação vigente na Espanha sobre a pesquisa com pré-embriões, embriões humanos e suas células está reunida fundamentalmente na mencionada Lei 35/1988, de 22 de novembro, sobre técnicas de reprodução assistida, na Lei 42/1988, de 28 de dezembro, sobre doação e utilização de embriões ou de suas células, tecidos ou órgãos, e nos aspectos punitivos, no Código Penal, aprovado pela Lei Orgânica 10/1995, de 23 de novembro* (LACADENA, 2005: 284). Contudo, como a Lei 35/1988 não especificava qual o destino que deveria ser dado aos embriões criopreservados que ainda não tivessem sido transferidos após ultrapassado o período de cinco anos previsto na legislação, o Comitê Assessor de Ética de Ciência e Tecnologia e a Comissão Nacional de Reprodução Humana Assistida sugeriram uma intervenção do legislador, a fim de redimir os problemas originados pelas lacunas presentes nessas normas. Em maio de 2006, o Parlamento espanhol “... *votou para expandir o número de embriões disponíveis para a pesquisa em células-tronco, de forma a incluir qualquer congelado até 14 dias da concepção. Antes, os pesquisadores apenas poderiam usar os embriões congelados anteriormente a Julho de 2003. A lei também permite aos pais de crianças com doenças incuráveis a conceberem novos embriões e escolherem um saudável para servir como doador de tecidos, em casos em que todos os demais tratamentos falharam*” (REVISTA CONSULTOR JURÍDICO, 2008).

<sup>140</sup> A coletânea de artigos organizada por Julio Luis Martínez (2005) apresenta as legislações de vários países do Ocidente e Oriente sobre as tecnologias de reprodução humana e de regulação do uso de células-tronco.

o debate era conduzido pela ideia da descartabilidade desse tipo de material, considerado por alguns cientistas como lixo; por outro, apresentava-se uma hierarquização de tipos humanos, quer dizer, se o primeiro grupo propunha uma finalidade útil para aqueles embriões congelados, que na sua percepção jamais seriam implantados em um útero materno, o segundo discutia se esses embriões podiam ser considerados como blastócitos, isto é, como embriões viáveis e, por isso, capazes de se desenvolver em seres humanos, ou se podiam ser considerados como embriões doentes, devido ao longo período em que estavam criopreservados (Cesarino, 2007).

De outro lado, os segmentos contrários à utilização de embriões humanos para fins investigativos e terapêuticos, fundamentalmente de origem religiosa (católicos<sup>141</sup> e protestantes), sustentam seu argumento na ideia da inviolabilidade da vida humana<sup>142</sup>, originada desde o momento da concepção<sup>143</sup>, dada pela fusão entre

---

<sup>141</sup> A posição de Igreja Católica sobre a terapia com células-tronco é orientada pelas discussões que a técnica da clonagem suscitou no final dos anos noventa. É a partir dessa questão-problema que o movimento Pro Vida organiza o seu discurso. Segundo seu ponto de vista “... a novidade do fato é dupla. Em primeiro lugar, porque se trata não de uma separação gemelar, e sim de uma novidade radical definida como clonagem, isto é, de uma reprodução assexuada e agâmica destinada a reproduzir indivíduos biologicamente iguais ao indivíduo adulto que fornece o patrimônio genético nuclear. Em segundo lugar, porque, até agora, a clonagem propriamente dita era considerada impossível. Acreditava-se que o DNA das células somáticas dos animais superiores, ao já ter sofrido o imprinting da diferenciação, não poderia daí por diante recuperar sua completa potencialidade original e, por conseguinte, a capacidade de guiar o desenvolvimento de um novo indivíduo. Superada essa suposta impossibilidade, parecia abrir-se o caminho para a clonagem humana, entendida como réplica de um ou vários indivíduos somaticamente idênticos ao doador” (apud ANDRÉS, 2005: 101).

<sup>142</sup> Para a doutrina da Igreja Católica é inaceitável manipular um embrião humano com o objetivo de beneficiar outro indivíduo doente. Essa postura está fundamentada na ideia de que o ser humano precisa ser pensado e tratado pelas suas qualidades substantivas e não adjetivas e jamais ser discriminado pelas qualidades que possui, visto que ele é percebido como uma unidade e não como um fragmento (esse elemento permite pensar as diferenças existentes entre o discurso religioso e o discurso científico). A vida, portanto, precisa ser tutelada, inclusive naquelas situações caracterizadas pela probabilidade de ela tornar-se efetiva, isto é, de embrião vir a se desenvolver. De acordo com a encíclica *Evangelium vitae*, considerada como o pronunciamento mais importante dentro da hierarquização dos lugares teológicos, “... a Igreja sempre ensinou que o fruto de uma geração humana, desde o primeiro momento de sua existência, deve ter garantido o seu respeito incondicional, que moralmente é devido ao ser humano em sua totalidade e unidade corporal e espiritual (*EV 60b*)” (ANDRÉS, 2005: 105). Desse modo, utilizar embriões humanos para fins de pesquisa, mesmo que estas sejam destinadas a novas tecnologias terapêuticas que podem curar diversas pessoas enfermas, evitando, inclusive, seu óbito, é atentar contra a dignidade da procriação e o respeito da vida nascente.

<sup>143</sup> Em 22 de fevereiro de 1997, a Congregação para a Doutrina da Vida, instância representativa da Cúria romana, elabora o principal documento (*Donum Vitae*) sobre a origem da vida humana. Segundo esse documento, “... o ser humano deve ser respeitado e tratado como pessoa desde o instante de sua concepção e, por isso, a partir desse momento devem ser reconhecidos os seus direitos de pessoa, principalmente o direito inviolável de todo o ser humano inocente à vida” (apud ANDRÉS, 2005: 106).

o óvulo e o espermatozoide. Com base nesse princípio, o embrião já possuiria o estatuto de personalidade jurídica, isto é, seria merecedor de direitos e deveres, devendo, portanto, ter sua integralidade respeitada de acordo com os valores morais e regras constitucionais.

Essas divergências, encontradas entre os grupos pró-pesquisa com células embrionárias e contrários a ela, em parte podem ser explicadas através dos pressupostos que orientam as suas visões de mundo. Para a ciência moderna, cuja característica principal é o processo de especialização de suas práticas, o organismo vivo é fragmentado. O discurso religioso, por sua vez, percebe esse organismo vivo em sua totalidade, considerando-o como uno. Tais diferenças de percepção de mundo são apresentadas por Barth (2006), para quem

“A era biotecnológica (...) precisa criar uma nova cosmologia, capaz de justificar as novas práticas tecnológicas. O organismo humano não é mais considerado em sua totalidade, mas vem sendo reduzido a um agregado de elementos, de peças e de células, que recebem um nome próprio e são vistos em si mesmos, não mais em relação ao organismo que formam e o ser humano que são. Assim, facilmente, podem ser individuadas, manipuladas e modificadas. Isto reduz o organismo à pura materialidade, impossibilita vê-lo com dignidade, uma vez que é o corpo de um ser humano” (BARTH, 112).

Desse modo, embora os dispositivos contidos no texto final da Lei de Biossegurança tenham sido considerados como uma norma provisória, vigentes até que uma legislação específica sobre a pesquisa com embriões humanos fosse acordada no país, nos primeiros meses de 2007 foi estabelecida uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) acerca do referido estatuto, reproduzindo a mesma lógica de discussão na arena pública sobre a questão das células-tronco dada durante a promulgação da norma provisória. A referida ação de inconstitucionalidade<sup>144</sup>, encaminhada pelo ex-procurador da República, Carlos

---

<sup>144</sup> O argumento de inconstitucionalidade do artigo fundamenta-se na tese de que “... a vida humana é contínuo desenvolver-se (...); estabelecidas tais premissas, o artigo 5º e parágrafos da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, por certo inobserva a inviolabilidade do direito à vida, porque embrião é vida humana e faz ruir o fundamento maior do Estado democrático de direito, que radica da preservação da dignidade da pessoa humana” (Ação Direta de Inconstitucionalidade). Sobre o critério de dignidade humana, um dos ministros apresenta o seguinte contraponto: “Ao reconhecer a Constituição ser inviolável o direito à vida, expressa ela, em todo o seu texto e no contexto traçado em torno dos direitos fundamentais, outros direitos, como o da liberdade e o da saúde, que tornam possível a efetivação do primeiro” (M10).

Fonteles, ao Supremo Tribunal Federal, questiona a constitucionalidade do artigo 5º da Lei de Biossegurança, com base no seguinte argumento: se as células-tronco embrionárias são retiradas de embriões humanos, estes, portanto, teriam direito à vida, uma vez que, segundo o relator, a vida humana começa na fecundação. Neste sentido, o pedido da referida ação é de que o Supremo Tribunal Federal decida sobre se o referido artigo lesa, ou não, a Constituição Federal, considerada como regra maior, e assim julgar a constitucionalidade da pesquisa com essas células embrionárias<sup>145</sup>.

A Ação Direta de Inconstitucionalidade problematiza a utilização de embriões humanos para fins de pesquisa embasada nos resultados obtidos através das pesquisas já realizadas. Contudo, observa-se ao longo do período em que o debate foi conduzido uma influência marcante de ideologias políticas e, principalmente, religiosas no que tange ao assunto.

A polarização do debate estabelecida no cenário nacional é transposta para a instância jurídica, a qual reproduz os mesmos argumentos utilizados pelos grupos diretamente interessados na decisão sobre a constitucionalidade da lei. Assim como nos demais campos da sociedade, o Supremo Tribunal Federal passa a incorporar o discurso biológico<sup>146</sup> sobre o início da vida humana para sustentar sua decisão.

O julgamento da ação iniciado no dia 05 de março de 2008 tem sua decisão suspensa por um prazo de trinta dias, visto que um dos ministros que compõe esta instância apresenta um pedido de vista do processo. Contudo, é somente no final de maio<sup>147</sup> que o julgamento é reiniciado, decidindo-se pela constitucionalidade da lei.

---

<sup>145</sup> A discussão estabelecida pelos segmentos sociais, cuja posição é favorável ou contrária à lei, a partir do encaminhamento da Adin, passou a se deslocar muito mais para o debate sobre a legalidade do aborto no país, tirando o foco das possibilidades terapêuticas das células-tronco embrionárias, visto que o aborto é introduzido, pelo segmento religioso, como principal consequência da promulgação da constitucionalidade da norma.

<sup>146</sup> É preciso salientar que não existe consenso dentro da comunidade científica sobre o início da vida humana. A literatura disponível apresenta várias possibilidades para fundamentar seu discurso, tais como a tese da genética, da embriologia, da neurologia, dentre outras.

<sup>147</sup> A liberação das pesquisas com células-tronco embrionárias é concedida pelo STF no dia 29 de maio, decidindo que as pesquisas com células-tronco embrionárias não violam o direito à vida, tampouco a dignidade da pessoa humana.

Dentre os onze ministros que compõem o Supremo Tribunal Federal seis votaram favoravelmente à lei, explicando que o artigo 5º da Lei de Biossegurança não merece reparo, não sendo necessário nenhum tipo de alteração; dois disseram que a lei é constitucional, mas propuseram que a instância declarasse no momento de sua decisão a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa das pesquisas, não circunscrita apenas à Comissão Nacional de Pesquisa (Conep)<sup>148</sup>, a fim de que fossem contempladas as preocupações éticas relacionadas à temática; e três ministros afirmaram que as pesquisas poderiam ser realizadas, desde que os embriões ainda viáveis não fossem destruídos para a retirada da célula-tronco.

Os principais argumentos que sustentaram os votos dos ministros que julgaram a improcedência da Adin referem-se à proporcionalidade da lei, à sua adequação ao que determina a Constituição Federal e ao caráter utilitário que pode ser dado aos embriões criopreservados.

Em primeiro lugar, para esses ministros, a Lei de Biossegurança está em harmonia com a Constituição Federal e o princípio da razoabilidade<sup>149</sup>, já que foi aprovada com o apoio de 96% dos Senadores e 85% dos deputados federais. Propor restrições a esta lei no âmbito do Supremo Tribunal Federal significaria atribuir um caráter de legislador a esta instituição. Desse modo, a inconstitucionalidade existe quando há um conflito entre a norma e a regra maior; além disso, não cabe ao poder judiciário criar leis, visto que a prática de legislar é papel das instâncias representativas da sociedade, isto é, da Câmara de Deputados e do Senado.

Segundo: para esse grupo estão previstos na Constituição Federal dispositivos que garantem o direito à vida<sup>150</sup>, ao planejamento familiar, à saúde e à

---

<sup>148</sup> Embora esta questão tenha sido debatida exaustivamente ao final do julgamento não foi acolhida pela Corte.

<sup>149</sup> Um dos ministros questiona o caráter legal da própria ação do STF, apresentando o seguinte problema: "... que legitimidade teria o Poder Judiciário para afirmar inconstitucional uma lei que o Poder Legislativo votou (...)" (M10).

<sup>150</sup> O direito à vida é apresentado pelo grupo como contravertido, pois, embora a Constituição proteja a vida de maneira geral, ela permite o aborto terapêutico ou quando ele resulta de uma opção legal após o estupro, "... o que se dirá quando se trata de fecundação *in vitro* já sabidamente sob o ângulo técnico e legal, incapaz de desaguar em nascimento" (M4).



pesquisa<sup>151</sup>; julgar procedente a ação direta de inconstitucionalidade seria “... fechar os olhos para o desenvolvimento científico e os benefícios que dele podem advir” (M7).

Por fim, o último argumento apresentado é o de que as pesquisas utilizando esse tipo de material possuem um caráter utilitário, pois visam ao bem-comum<sup>152</sup> da população brasileira no sentido de buscar alternativas de cura para doenças degenerativas; logo, os embriões inviáveis teriam um fim mais nobre do que o simples descarte.

Nesse sentido, embora o embrião já seja considerado uma vida, este não possui as mesmas características que um embrião implantado no útero de uma mulher, pelo fato de que o seu desenvolvimento fora da cavidade uterina é totalmente inviável. Desse modo, a possibilidade jurídica depende exclusivamente do nascimento com vida, isto é,

*“... o início da vida não pressupõe só a fecundação, mas a viabilidade da gravidez, da gestação humana [quer dizer] a personalidade jurídica, a possibilidade de considerar-se o surgimento de direitos depende do nascimento com vida e, portanto, o desenlace próprio da gravidez, à deformidade que digo sublime: vir o fruto desta última, separado do ventre materno, a proceder à denominada troca ox carbônica com o meio ambiente” (M4).*

*“... o pré-embrião não acolhido no seu ninho natural de desenvolvimento, o útero, não se classifica como pessoa” (M5).*

Em relação aos ministros que julgaram a constitucionalidade da lei, alegando a impossibilidade constitucional de considerar os embriões congelados como equivalentes a pessoas, porém, apresentando algumas ressalvas, esses propõem acrescentar uma emenda que torne pública a necessidade de o Congresso Nacional aprovar instrumentos legais de fiscalização sobre os procedimentos éticos adotados pelas pesquisas de manipulação de células-tronco embrionárias.

---

<sup>151</sup> Para um dos membros do STF, a “... pesquisa científica diz com a vida, com a dignidade da vida, com a saúde, com a liberdade de pesquisar, de se informar, de ser informado, de consentir ou não, com os procedimentos a partir dos resultados” (M10).

<sup>152</sup> Esse grupo problematiza a ideia de tornar viável o desenvolvimento de todos os embriões gerados através da técnica de fertilização artificial, pois isso transformaria “... a mulher em verdadeira incubadora”, contrariando, assim, o “planejamento familiar assegurado na Constituição”. Além disso, destaca que a utilização desses embriões criopreservados pode ser apresentada na tentativa de desenvolver “o progresso da humanidade”, isto é, “... os valores cotejados não possuem a mesma envergadura, surgindo triste paradoxo no que, ante o material que terá, repito, destino único – o lixo -, seja proibida a utilização para salvar vidas” (M4).

O argumento central é de que o Decreto 5.5591/2005, que regulamenta a Lei de Biossegurança, não dá conta dessa lacuna, pelo fato de expressar as atribuições de “... *um legítimo comitê central de ética para controlar as pesquisas com células de embriões humanos*” (M1). A questão não foi acolhida pelo STF, mediante a justificativa de que o Conselho Nacional de Pesquisas, ao ser considerado como órgão responsável pelo acompanhamento das pesquisas científicas em território nacional, já teria essa incumbência.

Da mesma forma que o grupo anterior, esses ministros também compartilham o argumento de que os embriões gerados pela técnica da FIV apenas tornam-se totipotentes quando implantados em um útero feminino; ao serem criopreservados, são isolados de seu impulso vital. O desacordo com a perspectiva anterior fundamenta-se em dois aspectos: o entendimento diferenciado do conceito de dignidade humana e a ausência de instituições mais amplas para controle de pesquisas que fazem uso de células embrionárias.

Primeiramente, esses ministros entendem que o atributo de humanidade não se limita somente ao nascituro, mas está presente “... *tanto no embrião, quanto nas demais fases do desenvolvimento da criatura*” (M2). Desse modo, constituindo-se os embriões em uma matriz da vida humana, necessitam de uma garantia específica de tutela, demandando que eles devam

“... ser tratados com certa dignidade por força de retilínea imposição constitucional. E o fundamento intuitivo desta convicção é a dimensão constitucional de dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), enquanto supremo valor ético e jurídico, de que, posto não cheguem a constituir equivalente moral de pessoa, compartilham com os embriões na medida e na condição privilegiada de única matéria prima capaz de, como prolongamento, re-produzir e multiplicar os seres humanos, perpetuando-lhes a espécie” (M2).

A segunda observação refere-se ao poder que foi conferido pela legislação aos comitês de ética de pesquisa institucionais. Para esses ministros, estes órgãos detêm um controle excessivo sobre uma temática complexa como a das células-tronco embrionárias. Concentrando o poder de fiscalização nesses órgãos, embora formados de maneira multidisciplinar, os magistrados chamam a atenção para a emergência de um possível problema, denominado por eles de problema de agência. A Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, prevê que a composição de cada comitê de bioética deve ser definida de acordo com os critérios

elencados por cada instituição acadêmica e de serviços de saúde; essa prática pode gerar graves conflitos de interesses, vindo a comprometer a independência da entidade.

Como a concepção inicial desses comitês foi motivada pela necessidade de regulamentar os estudos de organismos geneticamente modificados, esses ministros ressaltam que as células-tronco embrionárias, não sendo OGM, não podem ser submetidas apenas ao controle direto do Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS) da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) e às Comissões Internas de Biossegurança (CIBios). É necessário, segundo eles, um controle e fiscalização mais amplos por parte de outros órgãos estatais e da sociedade civil, atribuindo responsabilidade penal aos integrantes da CONEP e dos CEPs diante da possível “... *tendência à lassidão ou à estudada passividade no controle das pesquisas*” (M2).

Finalmente, os ministros que julgaram pela procedência parcial da ação, posicionaram-se favoráveis à utilização de células-tronco para fins investigativos desde que os embriões utilizados fossem inviáveis. As ressalvas apresentadas pelo grupo sustentam-se nos seguintes elementos: 1) é preciso atentar para o fato de dar interpretação conforme o texto constitucional do artigo questionado; 2) embora o uso de células-tronco embrionárias não seja proibido pelo grupo, este salienta a não possibilidade de destruição dos embriões humanos, mesmo mediante consentimento dos genitores, isto é, esses embriões em hipótese alguma podem ser danificados, pois “... *as células-tronco embrionárias são vida humana, e qualquer destinação delas à finalidade diversa que a reprodução humana viola o direito à vida*” (M11).

Para tanto, os ministros propõem mais restrições ao uso desse tipo de célula e maior rigor na fiscalização dos procedimentos utilizados pelas técnicas de fertilização *in vitro*, além de sugerir a criação de um comitê central no Ministério da Saúde para controlar esse tipo de pesquisa. Além disso, ressaltam “... *que sejam fertilizados apenas quatro óvulos por ciclo e, finalmente, que a obtenção de células-tronco embrionárias seja realizada a partir de óvulos fecundados inviáveis, ou sem danificar os viáveis*” (M8).

De acordo com os setores pró-pesquisa, a anuência legal da utilização tão só de embriões inviáveis, proposta por parte dos ministros, inviabilizaria totalmente as pesquisas com células-tronco embrionárias, visto que o procedimento científico requer material viável para poder realizar os experimentos.

Mesmo que sustentem seus votos em argumentos diversos, observa-se entre os ministros que compõem o Supremo Tribunal Federal uma concordância sobre a maneira pela qual são articulados os seus discursos. Seus argumentos têm por base o discurso biológico, pois é em torno dele que são estruturadas as ideias do que é a vida, de quando esta inicia e sobre se esta é viável, no caso de um embrião, fora do útero feminino.

Analisando os pressupostos explicativos de uma Sociobiologia da Moral, Ladrière (2001) explica a necessidade da perspectiva sociológica levar em consideração os seus princípios teórico-metodológicos, pois a discussão sobre a natureza humana perpassa os vários campos sociais, influenciando as possíveis formas dos indivíduos se conduzirem em sociedade e, por consequência, qualquer tipo de reflexão de uma Sociologia da ética.

Essa reflexão torna-se evidente quando as práticas e comportamentos dos indivíduos na modernidade passam a ser caracterizados e orientados pelo discurso apresentado pelas ciências da vida. Ao se discutir sobre a constitucionalidade do artigo quinto da Lei de Biossegurança, tanto os cientistas e portadores de doenças degenerativas, quanto os segmentos dogmáticos fazem uso da definição biológica para definir o estatuto de pessoa humana a um indivíduo.

No que concerne ao julgamento estabelecido pelo Supremo Tribunal Federal sobre a temática referida, a polarização do debate pode ser compreendida a partir da perspectiva da ausência de uma ação comunicacional apresentada por Habermas (2003). É a partir desse pressuposto que é possível analisar as nuances dessa discussão no Brasil e compreender de maneira mais apurada a discussão realizada em relação ao embrião e se ele já possuiria a condição de pessoa, com direitos jurídicos.

## **7.2. A dinâmica do embate em torno do estatuto jurídico do embrião e a percepção dos profissionais da Medicina**

Ao longo do trabalho de campo, surgiu um debate vigoroso em torno do estatuto jurídico do embrião. Esse debate originou-se a partir da apresentação de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade sobre o artigo 5º da Lei de Biossegurança, apresentada pelo desembargador Carlos Fonteneles.

Partindo da ideia de que o embrião já representa uma pessoa humana, seu argumento versa sobre a seguinte questão para justificar a inconstitucionalidade

da lei: enquanto, de um lado, ainda não existem resultados concretos sobre as supostas possibilidades terapêuticas das células-tronco embrionárias apontadas por alguns cientistas, de outro, as pesquisas com células-tronco adultas já indicam, em relação a determinadas doenças, por meio de estudos pré-clínicos, o seu potencial terapêutico, embora sejam necessárias ainda maiores investigações para saber como operam esses mecanismos. Mediante esses dados, não haveria por que prosseguir com pesquisas que, além de polemizarem questões éticas e jurídicas em torno do momento em que teria início a vida humana, estão fundamentadas exclusivamente em hipóteses que em nenhum momento apontaram para a sua eficiência concreta. A estrutura de pensamento apresentada pelo autor da ação direta de inconstitucionalidade reflete a dicotomia do debate em torno da questão das células-tronco no país.

Essas discordâncias também são percebidas nos discursos apresentados pelos entrevistados sobre a temática das células-tronco. A fim de entender melhor qual é a sua receptividade sobre esse tipo de tecnologia, foram estabelecidas as seguintes perguntas: o que pensam os entrevistados sobre as pesquisas com células-tronco e sobre suas possibilidades terapêuticas? Qual é o seu grau de conhecimento sobre o assunto? Como os entrevistados avaliam a utilização dessas tecnologias na prática médica? Quais os aspectos positivos e negativos que eles destacam em relação à Medicina regenerativa? Qual é sua opinião sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade em relação à Lei de Biossegurança?

### **7.3. Realidades e fantasias das pesquisas com células-tronco**

Diante do quadro apresentado no atual contexto social brasileiro, torna-se pertinente discorrer sobre alguns pontos relacionados ao que há de concreto até este momento sobre os resultados obtidos com as pesquisas de manipulação de células-tronco.

A polêmica gerada pela temática e a frequência com que ela aparece em certos debates nacionais, como aquele travado pelo Supremo Tribunal Federal diante da apresentação da Ação Direta de Inconstitucionalidade do artigo 5º da Lei de Biossegurança, demanda uma reflexão sobre as realidades e fantasias<sup>153</sup> existentes em relação ao assunto.

---

<sup>153</sup> Em 2006, foi aberta sindicância pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo a fim de investigar denúncias realizadas pela imprensa nacional sobre a oferta de tratamentos com células-

Diferenciando a terapia celular heteroplástica da terapia autoplástica, Sánches (2005) explica que a primeira preconiza o uso de células-tronco embrionárias ao passo que a segunda apoia-se na utilização de células somáticas, provenientes do próprio indivíduo.

Para o autor, os estudos experimentais realizados até o momento não indicam nenhum sucesso com a utilização das células-tronco embrionárias; ao contrário, o grande problema levantado por parte dos cientistas é a formação de tumores, devido à grande possibilidade de diferenciação que essa célula possui. Esse processo ocorre através do desenvolvimento de antígenos superficiais quando essas células são multiplicadas artificialmente; ao serem implantadas no corpo vivo ocorre então a formação de teratomas.

No que diz respeito às pesquisas com células somáticas, há publicação de dados experimentais concretos que demonstram que a plasticidade dessas células provém das células-tronco adultas retiradas da medula óssea. Os estudos realizados afirmam que as células-tronco da medula óssea apresentam a potencialidade de diferenciar-se em adipócitos, neurônios, células gliais endoteliais, assim como em músculo cardíaco e esquelético.

Esses estudos pré-clínicos apontaram que a ação terapêutica dessas células-tronco retiradas da medula óssea, quando implantadas no organismo vivo sistematicamente, ocorre devido à capacidade que elas possuem de sair do sistema circulatório e *“... invadir um órgão isquêmico e diferenciar-se em neurônios, células endoteliais ou cardiomiócitos para reduzir as deficiências neurológicas e melhorar a contratilidade miocárdica em modelos de isquemia no cérebro e no coração, respectivamente”* (SÁNCHEZ, 2005: 62).

Diante desse quadro e tendo por objetivo analisar o contexto dessas pesquisas no Brasil, buscaram-se, para a elaboração deste estudo, informações com os profissionais da Biologia envolvidos em investigações sobre células-tronco. A escolha desses profissionais foi motivada pelas características inerentes à prática científica, principalmente quando destinada às questões de saúde. Toda pesquisa que objetiva encontrar uma nova terapêutica precisa necessariamente passar por uma série de etapas de controle até seus resultados serem considerados válidos, não oferecendo riscos ao corpo humano, a partir de estudos pré-clínicos e clínicos.

---

tronco por dois médicos de maneira ilegal (<http://jornalnacional.globo.com>, em 23 de fevereiro de 2006).

Contudo, antes de adotar esses procedimentos, é necessária a presença de estudos de base que forneçam elementos técnicos e teóricos para o prosseguimento das etapas posteriores. É a Biologia, enquanto conhecimento científico singular, que provê a Medicina, não considerada ciência, mas técnica e/ou arte. É por isso que as entrevistas com os biólogos foram realizadas.

O trabalho de campo com esses profissionais permitiu observar aspectos significativos para compreender como essa temática insere-se nas academias brasileiras e nos demais campos da sociedade.

A introdução do objeto nos laboratórios brasileiros de forma mais consistente, exceto aqueles estudos sobre doenças hematopoiéticas, deu-se no ano de 2000, isto é, apenas dois anos após a divulgação dos primeiros resultados científicos relacionados à temática, através de alguns biólogos e médicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os primeiros estudos tinham por objetivo compreender a biologia da célula, o tipo de molécula que essa célula expressa, as proteínas que possuía na sua superfície, como ela se comportava em cultura, etc. O envolvimento inicial, portanto, é motivado primeiramente pelo interesse acadêmico em construir um conhecimento básico sobre a célula.

É a partir do momento em que as discussões sobre células-tronco ultrapassam a barreira da academia, passando a suscitar debates em diversas esferas da sociedade, que as pesquisas, segundo os entrevistados, intensificam-se, ao mesmo tempo em que aumentam significativamente os recursos destinados aos protocolos e laboratórios, a fim de fomentar essas investigações<sup>154</sup>.

Os cientistas chamam a atenção, porém, para o caráter modista que as células-tronco adquiriram no cenário nacional, elemento que pode ser percebido pelo número de projetos encaminhados nos últimos anos mediante os editais publicados pelo CNPq e pela Finep. Caracterizando essa forma de agir como problemática, um dos informantes descreve que tem,

“... visto muitos pesquisadores, que trabalham em outras áreas, dizerem: ‘deixa eu ver como é que minha área se comporta com célula-tronco’. Então, tem esse caráter negativo, pois tem muito projeto sendo desenvolvido por muitas pessoas que não entendem de células-tronco, que são extremamente competentes em outras

---

<sup>154</sup> Um exemplo dessa ampliação de recursos destinados para pesquisas com células-tronco pode ser percebido no número de editais lançados pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Ministério da Saúde e pelo Finep nos últimos quatro anos.

áreas, mas como a célula-tronco está na moda, está trazendo recursos do governo, etc., resolve aplicar o seu conhecimento para a área de células-tronco” (B2).

A referência a essa banalização do tema também é percebida nos comentários dos entrevistados ao serem questionados sobre os mitos e os dados materiais obtidos através das pesquisas até o momento. A mídia é descrita como um dos responsáveis pela disseminação da grande expectativa que muitos grupos sociais criaram em relação às células-tronco. Como a população tem acesso apenas a pequenos fragmentos e informações sobre os estudos realizados, cria-se uma realidade ilusória, pois, aparentemente as possibilidades enunciadas distanciam-se muitas vezes da verdade. Isso ocorre porque “... a mídia não se envolve muito com a pesquisa básica. Então, o que aparece como grandes descobertas da pesquisa básica são realmente aquelas que são muito importantes que vão parar na mídia. Mas, qualquer coisinha que apareça em nível de paciente a mídia abre o holofote em cima” (B1).

O que há de fato até o momento, segundo os entrevistados, para a ciência básica, é a aquisição de um conhecimento metódico sobre a morfologia da célula, mas, em sua maioria, em relação à célula já artificializada, depois de esta ser posta em cultura. Portanto, os dados sobre sua morfologia, proteínas de superfície, expressão gênica, forma de comportamento em cultura, capacidade de diferenciação permitiram a elaboração de um conhecimento consistente sobre esse objeto.

A confusão ocorre quando se começa a discutir a sua aplicação terapêutica, pois o conhecimento adquirido refere-se basicamente às informações obtidas pelo tratamento da célula-tronco em situação de cultura *in vitro*. Como os estudos realizados até o momento compreendem uma definição “artificial” dessa célula, desconhece-se, ainda, qual é a relação que essa célula, proliferada artificialmente, mantém com a célula que estava no tecido antes de os cientistas a manipularem e artificializarem.

Além disso, são ressaltados os problemas de construção da amostra dos estudos realizados até o momento, pois eles são feitos com um grupo de pacientes bastante reduzido como, por exemplo, de dez a trinta pacientes, nem sempre possuindo um grupo controle. A ausência de um controle cego inviabiliza o descarte daqueles sintomas ou efeitos que podem estar associados ao efeito placebo e não à efetividade da terapêutica. Como discorre um dos entrevistados, hoje



“... tu usas o termo células-tronco e as pessoas se curam só de ouvir. Não precisa nem botar nada ali. Esse é um problema muito sério com a imensa maioria dos estudos. A pessoa estava com dificuldade de andar, recebeu célula-tronco e agora já está caminhando. Ah! A célula-tronco me curou pelo milagre! E se ele não tivesse recebido célula-tronco, mas o motivo da cura deu-se em função de outra coisa? Então, como a gente não tem esse controle, a mídia cai em cima e publica. Isso gera uma grande confusão levando as pessoas a acreditar que as células-tronco curam” (B2).

Procurando desconstruir as representações sociais correntes sobre a temática, os profissionais da Biologia apresentam um discurso crítico sobre a maneira pela qual os próprios procedimentos de pesquisa são conduzidos. Desse modo, até o momento, a única terapêutica com base na utilização de células-tronco que cura é aquela que trata de doenças hematológicas, isto é, doenças sanguíneas. Os transplantes de medula óssea ou de sangue de cordão umbilical são efetivos. Nesse caso concreto, o poder terapêutico das células já está comprovado. Em relação aos demais tecidos e órgãos do corpo humano, como o coração, o fígado, o músculo, e a doenças neurológicas, as pesquisas são experimentais. O que há é expectativa de que essas células possam ser uma alternativa de tratamento para determinadas doenças.

#### **7.4. Por uma Sociologia da receptividade?**

Compreender as motivações e os aspectos que influenciam na aceitação de determinadas tecnologias por parte dos profissionais da Medicina e as discordâncias existentes entre esse grupo acerca de uma mesma temática demanda apreender os espaços e as posições por eles ocupados na comunidade médica.

Para entender a receptividade dos médicos gaúchos, ouvidos ao longo dessa pesquisa, em relação às pesquisas realizadas com células-tronco e às possibilidades terapêuticas por elas apontadas, é preciso discorrer sobre o grau de conhecimento sobre o assunto pertinente a cada um dos grupos estudados e sobre a maneira como as instâncias da vida social na qual se formaram interagem com o conhecimento técnico adquirido.

Dentre os profissionais da Medicina entrevistados, seis deles responderam que o conhecimento que detêm sobre o que são células-tronco e sobre suas características e potencialidades pode ser considerado leigo, pois o que dominam

sobre esse assunto foi adquirido através da leitura de reportagens em revistas de grande circulação e em artigos de periódicos científicos. Conforme explica um dos médicos entrevistados: “... posso me considerar um leigo em células-tronco, porque a gente no dia-a-dia não tem contato; é uma área, ainda neste momento, muito específica, para profissionais que lidam com isto, existe muita pesquisa a respeito” (E14).

Contudo, o conhecimento não técnico e não especializado sobre a temática não implica diretamente o grau de aceitação da respectiva tecnologia. Ao contrário, na maior parte das vezes, o desconhecimento sobre os aspectos intrínsecos a essa técnica e sobre os resultados obtidos através das pesquisas de base e de alguns protocolos clínicos aproxima esse grupo daqueles segmentos presentes na sociedade que criam uma grande expectativa em relação a esse tipo de tecnologia.

Com exceção de dois entrevistados, os demais profissionais consideraram os estudos com células-tronco fundamentais para o avanço da Medicina e no tratamento de enfermidades. Essa postura é percebida nas seguintes definições por eles apresentadas quando inquiridos sobre o assunto:

“... nós teremos um ‘plus’ no tratamento de várias doenças e eu acho talvez nós teremos um divisor de águas no tratamento de outras” (E14),

“... é um método de tratamento de última escolha, quando não tem mais outra solução, e que pode ser usado, que está em pesquisa, que pode ser usado em várias áreas (...) os resultados são só positivos” (E4),

“... é um auxílio diagnóstico muito poderoso, podendo trazer grandes revoluções” (E12).

Diante dessas afirmações, observa-se uma postura positiva e otimista em relação aos estudos com células-tronco, as quais são percebidas como um potencial terapêutico fundamental para a “evolução” da própria Medicina moderna, a qual, de tempos em tempos, passa por rupturas paradigmáticas.

Em relação aos dois entrevistados não envolvidos em pesquisas da área, cujo conhecimento também foi assumido como leigo, observa-se um grau de reflexividade mais crítico quanto às mudanças que essas pesquisas podem trazer para a prática médica. Embora reconheçam as possíveis vantagens dos estudos

com células-tronco para o tratamento de certas enfermidades, suas respostas trazem uma problematização sobre a maneira como as pesquisas estão sendo conduzidas, pois, segundo eles, é preciso frisar as diferenças encontradas entre a pesquisa de base e experimental e a prática clínica propriamente dita. Suas objeções se justificam com base na singularidade de cada doença e de cada paciente:

“... vantagens da pesquisa com células-tronco elas são muito extensas. Tu podes colocar sob diversos e diferentes focos, muitas pesquisas. Agora, terapia por célula-tronco... Chegou um tetraplégico, ele recebeu uma bala na medula; a bala atravessou, transfixou o tecido medular e ele está paraplégico. Vamos tratá-lo com células-tronco? Como fazer a célula-tronco, digamos, ‘emendar’ um filamento nervoso? Porque na medula tu não tens uma célula, não tens um neurônio especificamente, tens fibras. O neurônio está lá no cérebro (...). Esse primeiro neurônio vai até a medula, num feixe, e depois o segundo vai para a periferia. Mas esse primeiro neurônio, ele sai do cérebro e atinge até a região lombar. Ele pode ter 70, 80 cm de comprimento; é um filamento, medidos em micra. Um feixe desse filamento é atravessado por uma bala e o paciente perde o movimento. Vamos tratá-lo com células-tronco? Como levar a célula-tronco a emendar esse fio? Esse é o desafio. É diferente de pesquisa” (E3).

“... eu diria que a tecnologia, envolvendo células-tronco, ela teve um avanço rápido demais. Como muitas vezes tem acontecido, saiu muito rapidamente dos estudos experimentais em animais e começou a ser utilizada em seres humanos. E isso é muito comum em técnica cirúrgica. A cirurgia é muito rápida: desenvolveu uma técnica e sai usando, mesmo antes de ter uma existência sólida para a sua utilização. Na área clínica, nós somos muito mais conservadores; para começarmos a usar um remédio; o remédio leva, levava em geral até alguns anos atrás, dez anos para ser desenvolvido. Há tempos já está bem reduzido, mas mesmo assim são vários anos com muita avaliação científica. A célula-tronco começou em animais e em oito anos já estava em seres humanos [protocolos clínicos]. Foi muito rápido” (E9).

Oito profissionais responderam possuir e/ou dominar o conhecimento técnico relativo às pesquisas com células-tronco. Dentre esse grupo, apenas dois não estavam diretamente envolvidos em pesquisas nessa área no momento da entrevista: um dos entrevistados teve contato com a técnica quando estava especializando-se academicamente fora do Brasil e o outro adquiriu o conhecimento técnico através dos contatos estabelecidos com o grupo de pesquisadores presentes na instituição, responsáveis por esse tipo de pesquisa. Em suas falas, os fatores elencados para discorrer sobre a temática estão relacionados às interferências do

Estado e da sociedade sobre a condução das pesquisas no setor, o que gera consequências negativas para a realização das investigações e para as mudanças paradigmáticas que podem ser deflagradas por este tipo de tecnologia, uma vez comprovadas cientificamente as suas potencialidades de tratamento, principalmente no entendimento sobre o desenvolvimento de determinadas enfermidades, como o câncer, por exemplo.

Um dos médicos atuantes nessa especialidade explicou que, se a funcionalidade das células-tronco for comprovada e compreendida em suas particularidades, a sua principal importância e contribuição para o conhecimento médico não será apenas curativa, mas, principalmente, poderá auxiliar a explicar como e onde se originam os tumores cancerígenos, pois há uma grande semelhança entre as células-tronco e muitas das propriedades presentes nas células do câncer. Com base nessa similaridade, a hipótese que está sendo construída é a de que o câncer surja não de “... *mutações de células já diferenciadas (maduras), e sim de células que lá no início (primitivas) já têm essa capacidade de se multiplicar e formar os tumores*” (E13). As pesquisas de manipulação de células-tronco adquirem, nesse sentido, uma importância mais ampla, pois são pensadas não apenas como tecnologia terapêutica para doenças degenerativas, mas, principalmente, como um mecanismo que poderá auxiliar na compreensão de como opera o próprio organismo humano.

Já os comentários daqueles profissionais envolvidos diretamente em pesquisas com células-tronco (seis entrevistados) apresentaram um grau de criticismo e reflexividade muito mais elevado em torno das realidades já existentes, obtidas por meio de estudos científicos, e das “fantasias” que povoam o imaginário da sociedade em geral quando esta se depara com questões que versam sobre células-tronco.

Os comentários sobre o assunto aproximam-se do debate travado na arena social em nível nacional entre aqueles procedimentos de pesquisa que seriam bons e aqueles procedimentos de pesquisa que seriam ruins, sendo necessário um controle mais rigoroso por parte dos órgãos de publicação de estudos científicos, por parte das próprias instituições acadêmicas e pelos pares sobre aquelas ações que podem suscitar mentiras e fraudes. Dessa forma, aqueles que defendem as pesquisas com células-tronco repetem parcialmente as características do debate apresentado pela sociedade em geral, em especial aquele suscitado pela imprensa

nacional, reforçando a oposição entre uma boa prática de pesquisa e uma má prática de pesquisa.

A divergência entre ambos os discursos (jornalístico e médico-científico) é encontrada no momento em que os médicos pesquisadores tentam trazer para si a autoridade e a legitimidade para falar sobre células-tronco. Em contraste com outros campos da sociedade, os responsáveis pelas pesquisas explicam, em um primeiro momento, a necessidade de maiores estudos para que seja possível fazer afirmações sobre a eficácia ou não da terapia celular. Segundo seus depoimentos, os resultados obtidos até o presente momento ainda geram muitas dúvidas e questionamentos, visto que os mecanismos responsáveis pelo sucesso da terapia com células-tronco não estarem, ainda, completamente compreendidos e controlados. Com base nessas incertezas é que os entrevistados elaboram seu discurso sobre a necessidade de realização de maiores pesquisas:

“Acho que esses protocolos que estão em andamento certamente vão responder muitas delas [dúvidas]. Possivelmente, se surgirem outras, irão continuar com as pesquisas; é um processo de longo prazo, não é uma coisa para amanhã. Mas é uma coisa que está se construindo dia-dia um conhecimento nessa área cada vez mais sustentável” (E7)

“... é uma pesquisa. No que isto vai resultar nós não sabemos ainda. O que se sabe é que ela tem algum efeito; alguns efeitos são conhecidos e a maioria dos efeitos ainda não são conhecidos. A aplicabilidade dessa técnica, em doenças cardíacas, na prática clínica ainda vai demorar um pouco para se estabelecer, pois vai depender muito de pesquisas que estão em desenvolvimento e que vão ficar em desenvolvimento por um período de três, quatro, cinco anos” (E5).

Desse modo, a sua receptividade sobre a respectiva técnica depende da problematização realizada a partir de três eixos fundamentais: a expectativa, as possibilidades e as provas existentes em torno da temática. Tentando explicar as especulações realizadas em torno da questão problema, um dos entrevistados explica que a expectativa que a população criou em relação ao Projeto Genoma foi de certa forma transposta para as pesquisas com células-tronco, pois com o

“Projeto Genoma, a Biotecnologia trouxe grandes avanços, mas mais em termos de diagnóstico e conhecimento. Ele não mudou muito a vida das pessoas. As pessoas continuam morrendo de câncer, continuam morrendo de doenças neurodegenerativas, etc.

Então, isso frustrou. Aí surgiu uma nova expectativa. As células-tronco são o mesmo que um acordar novamente. Seria assim um substituto para o Genoma: 'bom, o genoma não conseguiu, mas com as células-tronco vai dar'. Então, essa é a expectativa" (E6).

Outro entrevistado também problematiza o papel das células-tronco e as expectativas que são criadas em torno delas. Ele explica que um dos problemas gerados pelo espaço destinado às células-tronco publicamente é esclarecer àquelas pessoas que querem participar dos protocolos clínicos que a efetividade da terapêutica ainda não está concluída; ao contrário, esses estudos têm por objetivo justamente compreender melhor as características das células-tronco e os possíveis benefícios por elas trazidos ao campo da saúde. No comentário que segue, é possível perceber alguns dos conflitos estabelecidos nessa esfera, em razão da expectativa e dos objetivos que mobilizam os indivíduos a participarem desses estudos pré-clínicos:

"As pessoas buscam uma solução para um problema, o qual não encontrou uma solução de uma forma convencional. Muitas pessoas procuram achando que célula-tronco é uma terapia que serve para tudo, que vai curar tudo, que é uma coisa meio mágica assim. Às vezes um tratamento que elas estejam fazendo, que está fazendo efeito, elas querem substituir por células-tronco e ficarem boas em definitivo do problema. Mas não é isso; o papel das células-tronco ainda não foi estabelecido" (E5).

A relação entre médico e paciente emerge novamente como central para pensar esse tipo de relação. Se, por um lado, o paciente busca nos serviços de saúde terapias curativas para tratar a sua enfermidade, atribuindo um grande êxito à prática do profissional da Medicina, principalmente se ele estiver envolvido com procedimentos terapêuticos inovadores, por outro, é o médico que tem a legitimidade e a autoridade para tomar as decisões sobre o diagnóstico e o prognóstico desse doente, pois é o seu saber formal, adquirido nos bancos escolares e ao longo da sua experiência profissional, que irá sobrepor-se ao saber dos profanos, isto é, daqueles que não dominam a linguagem e a técnica.

Outra estratégia que busca atribuir um grau de legitimidade e autoridade, ao serem articulados os comentários sobre a temática, está fundamentada na própria ideia de limitação da técnica. Assim, ao contrário do que muitos grupos sociais pensam e esperam desse tipo de tecnologia, a engenharia celular é vista,

pelos entrevistados, como apenas uma forma de tratamento de enfermidades (específicas), dentre tantas outras terapêuticas existentes:

“... as pesquisas com células-tronco, no início, tiveram uma euforia desmesurada. (...) Hoje as coisas estão mais realistas. Eu acho que a célula-tronco vai ser (...) uma opção terapêutica, uma forma de tratar algumas doenças e alguns tipos de doença, alguns tipos de trauma” (E11).

Aqui novamente os profissionais procuram trazer para si a legitimidade e a autoridade para falar sobre o assunto. A ideia de “euforia desmesurada”, citada pelo entrevistado, reproduz o contexto social inicial em que a tecnologia foi tornada pública e expectativas foram criadas pela sociedade em torno dela. Ao explicar que “*hoje as coisas estão mais realistas*” (E7), devido aos resultados obtidos com o desenvolvimento das pesquisas na área, o profissional enfatiza novamente a separação entre o “nós” (técnicos) e os “profanos” (população leiga), tentando implicitamente mostrar qual o discurso que detém maior legitimidade para abordar a temática de maneira “verídica” e “objetiva”.

Ao indicar as limitações e os alcances dos estudos de manipulação de células-tronco, os entrevistados envolvidos nesse tipo de pesquisa procuram contrapor seu discurso em relação àqueles correntes nos demais âmbitos da sociedade. A estratégia de diferenciação utilizada é a exteriorização de uma linguagem técnica e dos resultados obtidos através dos protocolos clínicos.

Reconhecido socialmente como o campo de produção de verdades, possível pela busca da objetividade e da neutralidade, a ciência<sup>155</sup> moderna é compreendida como “... *um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros*” (BOURDIEU, 1983: 122), porém, revestido de formas específicas.

Desse modo, é através dessa competência científica que o grupo de pesquisadores passa a deter o monopólio sobre a capacidade técnica e o poder

<sup>155</sup> Para Bourdieu, a ciência “... *jamais teve outro fundamento senão o da crença coletiva em seus fundamentos, que o próprio funcionamento do campo científico produz e supõe. A própria orquestração objetiva dos esquemas práticos inculcados pelo ensinamento explícito e pela familiarização – fundamento do consenso do que está em jogo no campo, isto é, dos problemas, dos métodos e das soluções imediatamente percebidos como científicos – encontra seu fundamento no conjunto dos mecanismos institucionais que asseguram a seleção social e escolar dos pesquisadores (em função, por exemplo, da hierarquia estabelecida das disciplinas), a formação dos agentes selecionados, o controle do acesso aos instrumentos de pesquisa e de publicação, etc.*” (BOURDIEU, 1983: 145).

social para se pronunciar sobre um determinado tema. Investidos pela autoridade científica, outorgada socialmente a agentes determinados, neste caso, aos médicos envolvidos com pesquisas de manipulação de células-tronco, os entrevistados têm a capacidade de falar e agir de forma autorizada e com autoridade no meio social.

Essa legitimidade atribuída socialmente é, contudo, reformulada constantemente, pois está inserida em um espaço caracterizado pelo jogo de lutas concorrenciais. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que os pesquisadores concorrem entre si no interior da comunidade científica a fim de adquirir os créditos necessários para avaliar os méritos de um trabalho, eles também se envolvem, como membros do campo científico, em disputas e lutas concorrenciais com agentes inseridos em outros campos da sociedade. No exemplo das células-tronco, os profissionais da Medicina entrevistados, além de legitimarem suas pesquisas aos olhos dos próprios pares, se deparam com discursos provenientes de outros espaços da sociedade, como o religioso, o ético, o de portadores de doenças degenerativas, o jurídico, etc.

Embora como agentes sociais transitem por esses diferentes campos, no interior dos quais adquirem experiência, seja pessoal, coletiva ou profissional, o conflito social estabelecido pela questão das células-tronco os leva a apresentar socialmente o seu discurso como o mais legítimo em detrimento dos demais, sob o argumento de que é no campo médico que são adquiridas as técnicas e saberes necessários para compreender o funcionamento do corpo humano. Assim, o embate travado implica a distinção entre aqueles que detêm o conhecimento técnico e aqueles que articulam seu discurso com base no conhecimento leigo ou, então, entre a ciência e o senso comum.

É a partir dessa “estrutura de sistemas simbólicos” que os profissionais da Medicina produzem suas práticas e discursos procurando distinguir-se dos profanos, considerados por eles como intuições ingênuas, através da apresentação de definições elaboradas tecnicamente. Essa maneira de se conduzir resulta, contudo, em uma concorrência cujo objetivo é obter o monopólio dos meios considerados legítimos para a produção da verdade.

O acolhimento de uma nova tecnologia não resulta de decisões de ordem comercial e econômica, mas depende de um sistema de personalidade social que possua características específicas, envolvendo formas particulares de comportamento, valores, cultura, sentido social e atitudes frente à realidade. Não



são os costumes e os acidentes sociais que condicionam as decisões dos profissionais da Medicina quando estes se deparam com os estudos de manipulação de células-tronco. Ao contrário, são as instâncias nas quais se forma o conjunto de valores dos indivíduos que são as responsáveis pela sua ação. A receptividade, portanto, é condicionada pela trajetória profissional de cada um dos médicos.

### **7.5. Aspectos positivos e negativos da terapia celular: dilemas morais da prática científica**

A polarização entre uma prática de pesquisa boa e uma prática de pesquisa ruim pode-se ser percebida no momento em que os entrevistados passam a elencar os aspectos positivos e negativos dos estudos com células-tronco. Esses aspectos estão intrinsecamente ligados à noção de ciência e suas distintas derivações tecnológicas, bem como às características de ordem ético-moral envolvidas nas pesquisas conduzidas por eles.

Ao serem abordados sobre quais seriam os elementos positivos e negativos da Medicina regenerativa, que busca possibilidades de terapia nos estudos com células-tronco, os entrevistados, de maneira unânime, apresentaram em seus comentários dois elementos preponderantes: as possibilidades do surgimento de novas terapêuticas para o tratamento de determinadas enfermidades degenerativas a partir dos protocolos que estão em andamento e a necessidade do aprofundamento desses estudos.

Esses elementos, ao contrário de outras definições apresentadas no transcorrer das entrevistas, como a noção de pessoa, por exemplo, independem da prática desenvolvida pelos profissionais. Desse modo, tanto clínicos quanto professores e pesquisadores da área da Medicina utilizam os mesmos argumentos para eleger as potencialidades e problemáticas desse tipo de investigação científica.

Embora existam sinais de que as células-tronco possuam um potencial terapêutico, a partir dos resultados obtidos nos estudos experimentais<sup>156</sup>, os

---

<sup>156</sup> Os estudos experimentais e clínicos realizados com células-tronco no tratamento da doença de Chagas têm apresentado bons resultados. Segundo Soares e Santos (2008), “... os estudos em cardiopatia isquêmica demonstraram que células-tronco oriundas da medula óssea (transplante autólogo) são eficazes no tratamento de insuficiência cardíaca de origem isquêmica, e indicaram um potencial da utilização desta terapia com células-tronco em outras cardiopatias” (SOARES e SANTOS, 2008: 18). Além desse estudo, demais pesquisas realizadas pelo Instituto do Coração de São Paulo têm apresentados resultados a partir das aplicações de células somáticas em pacientes com insuficiência cardíaca causada por hipertensão arterial ou de origem desconhecida. Investigações voltadas para a área da Engenharia Biotecnológica e para o tratamento de lesões

principais aspectos positivos destacados são de que o material curativo que poderá vir a ser utilizado encontra-se na própria pessoa enferma. Esse procedimento promoveria uma ruptura com o modelo médico atual, uma vez que redirecionaria o olhar dos profissionais sobre o surgimento de determinadas doenças, reconstruindo o conhecimento vigente.

De acordo com os entrevistados, os resultados das pesquisas podem promover uma ruptura de paradigmas no campo da saúde, pois, além da possibilidade de ofertar novos tratamentos para certos tipos de enfermidade, esses estudos podem elucidar a origem e o desenvolvimento de certos tipos de doenças, viabilizando, assim, novos estudos e terapêuticas para seu tratamento. Conforme os relatos apresentados, a terapia com células-tronco,

“... certamente não vai ser útil para todos os problemas do coração. Mas ela poderá ser útil para alguns tipos de doenças ou algumas patologias como nós chamamos. E esse é o lado positivo” (E7).

“... quando existe a indicação do tratamento é porque existe a convicção de que esse paciente possa ser ajudado, que ele possa, enfim, sobreviver e ter uma vida prolongada, de boa qualidade e muitas vezes a cura. É claro que há certos casos que sabemos que não serão curados com a terapia, mas têm outros que a gente sabe que poderão ser tratados com ela. E isso é uma coisa muito importante” (E8).

A ciência, portanto, emerge nos discursos como um campo promissor e possibilitador de novas descobertas na área das terapias da saúde. É por meio delas que as novas tecnologias de tratamento de enfermidades são levadas a efeito. Embora todos os entrevistados concordem sobre a necessidade de realização de maiores estudos, a fim de acessar informações até então desconhecidas pelas atuais pesquisas, alguns deles ressaltam a particularidade do próprio campo médico, que, segundo eles, está associado à ideia de evolução da prática científica, ou seja,

“... a pesquisa é inerente à Medicina; ela sempre trouxe resultados positivos, desde que seja bem feita” (E2).

“... a pesquisa sempre visa esclarecer, buscar novos conhecimentos, esclarecer dúvidas que se tem” (E7).

“... a ciência sempre trouxe aspectos positivos, pois visa o bem das pessoas, melhorar e intervir sobre certas enfermidades e problemáticas do indivíduo” (E12).

Se, por um lado, a necessidade de realização de maiores estudos sobre o objeto células-tronco é definido como um processo natural do fazer ciência, por outro, o tempo destinado a esses estudos científicos é de longa duração, exigindo, muitas vezes, dos pesquisadores anos de investigação. Esse aspecto é definido por alguns profissionais como uma característica negativa, mesmo que faça parte da própria prática de pesquisa. A paciência e o tempo prolongado para chegar a um resultado final são alguns dos aspectos ressaltados<sup>157</sup>.

A ausência de respostas científicas para perguntas referentes a algumas singularidades da célula-tronco como, por exemplo, como a célula-tronco vai regenerar um tecido, se ela vai melhorar a circulação ou se vai melhorar a contração do músculo do coração, se a pessoa poderá viver mais tempo ou se será tratada longe do hospital sem precisar internação são alguns dos questionamentos considerados pelos profissionais da Medicina como os motivos que demandam o aprofundamento das pesquisas, visto que os estudos realizados até o momento não apresentaram respostas em relação a esses aspectos. Como explica um entrevistado, “... *tem mistérios que a gente ainda não resolveu. São mistérios para nós porque não conseguimos ainda estudá-los*” (E8).

As pequenas amostras que compõem esses estudos são outra característica considerada negativa, pois os resultados não podem ser generalizados, no sentido de poderem ser entendidos como válidos e eficazes para o tratamento de uma doença específica. Há a necessidade, portanto, de ampliar essa amostra, utilizando para isso “... *um grande volume de pacientes*” (E4), para somente, então, concluir sobre a eficiência ou não da célula somática para uso terapêutico em humanos.

As preocupações de cunho ético e moral aparecem no momento em que alguns dos pesquisados mencionam os resultados fraudulentos divulgados por alguns pesquisadores e o risco apresentado pela possibilidade de clonagem de um ser humano.

---

<sup>157</sup> Segundo um dos entrevistados, “... *a pesquisa, de um modo geral, nunca evolui rapidamente. Ela evolui lentamente; e quanto mais consistente, mais se sustenta essa evolução*” (E7).

“... a questão que me preocupa é a questão da fraude e da má intenção” (E6).

“... A gente só tem que cuidar para não versar para o lado ruim; esse risco existe: a clonagem de um ser humano” (E10).

“... Pode formar um clone de uma pessoa? Para mim, acho que isso é uma coisa impossível. Mas tem maluco para tudo no mundo!” (E12).

Para alguns dos pesquisados essas questões exigem um controle rigoroso sobre a maneira como as pesquisas de manipulação das células-tronco estão sendo conduzidas e os seus resultados obtidos. Esse controle não se restringe apenas aos comitês de bioética, mas à sociedade como um todo. E esta somente terá condições de acompanhar esse processo de maneira clara e objetiva quando se tornar esclarecida sobre o assunto.

A ideia de esclarecimento é utilizada no sentido de explicar que a sociedade, neste momento, possui uma expectativa muito grande em relação a esse tipo de pesquisa sem, contudo, ter acesso às particularidades desses estudos e aos reais dados alcançados. As pessoas, conforme um comentário, “... *estão achando que se trata um pouco de milagre. Na realidade, não*” (E13). É necessário, por este motivo, elucidar os aspectos concretos até agora alcançados, para impedir que possíveis desvirtuamentos ocorram. Assim, é o discurso técnico (discurso médico) que tem a legitimidade de apontar as verdades e as fantasias dos estudos sobre a temática na contemporaneidade e não outras instâncias da vida social, como a mídia e a religião.

## **7.6. Células-tronco adultas e embrionárias: ética da utilidade X ética de princípios**

Embora, ao longo do trabalho de campo, todos os profissionais da Medicina envolvidos em pesquisas sobre células-tronco realizem tais estudos com base nas células adultas, suas anuências acerca das células embrionárias encontram-se fundamentadas em critérios distintos. O mesmo fato pode-se observar também em relação ao grupo de médicos clínicos.

No que se refere às células-tronco adultas, foi possível, ao longo do trabalho de campo, observar que as opiniões desses profissionais dividiam-se em

dois grupos: aqueles que optaram por essa linha de pesquisa devido a uma questão pragmática e aqueles que passaram a utilizar as células adultas devido às questões legais existentes no país no período.

Embora ambos os grupos reconheçam a necessidade de maiores estudos que possam lhes permitir um domínio maior dos mecanismos de divisão e diferenciação presentes nessas células, parte dos entrevistados explica que a sua opção em iniciar suas pesquisas utilizando esse tipo de material, ainda em um período no qual se pensava que a única possibilidade efetiva dar-se-ia a partir da manipulação das células embrionárias, deve-se à praticidade que esse modelo oferecia naquele momento. Como não existia uma legislação específica para normatizar as pesquisas com células-tronco embrionárias, esse grupo optou por realizar estudos investigativos com as células somáticas, ainda que naquele momento a descrença dos cientistas quanto às suas potencialidades fosse preponderante. A respectiva decisão, segundo um dos médicos entrevistados, permitiu uma “aceleração” das pesquisas e, conseqüentemente, dos resultados, com base na qual salienta três aspectos:

“... por ter começado cedo e feito a opção certa pela célula-tronco adulta, ou seja, não ficamos lamentando por que não tinha legislação e não se podia mexer com célula-tronco embrionária. Segundo: é ter um laboratório experimental, que permitiu aportar dados experimentais tanto quanto desenvolver protocolo clínico. E, terceiro, ter feito essa relação entre a básica e a clínica tornou-se necessária” (E6).

Falando sobre a popularização das células-tronco dentro da comunidade médica, dois dos entrevistados criticam a maneira como estes estudos estão se propagando no Brasil e no exterior.

O primeiro deles problematiza tanto a polarização quanto o interesse desmesurado, no intuito de angariar recursos financeiros para os laboratórios, em relação à temática. Definindo as disputas em torno da problemática como um jogo de braços, seja para obter recursos financeiros, seja para tornar seu argumento mais legítimo perante a sociedade, o respectivo profissional demonstra preocupação na maneira como essa questão vem sendo conduzida nos diversos países pelos seus governos. O exemplo apresentado refere-se à sociedade norte-americana, cujas limitações apresentadas pelo Estado às pesquisas com células-tronco dizem

respeito apenas aos recursos públicos, fato este que não impede necessariamente a realização de pesquisas com células embrionárias, visto que os recursos podem ter outra procedência que não a estatal<sup>158</sup>. Essa prática permite a articulação de diversos interessantes, restando à proibição em relação às pesquisas com células-tronco embrionárias um caráter meramente ilusório: “... para se fazer pesquisa com células-tronco embrionárias não se pode utilizar dinheiro público, mas pode se utilizar dinheiro de outra fonte. Ou seja, ela é imoral se for com dinheiro público e não é imoral se for de outra fonte de financiamento. Então é mais hipócrita, (...) é cínico” (E6).

O segundo médico entrevistado ressalta o interesse de certos profissionais pela temática como algo motivado apenas pelo espaço que o assunto adquiriu na sociedade nos últimos anos. Seu interesse em células-tronco não é exclusivamente de ordem científica, mas é movido pelo modismo que esse tópico assumiu nacional e internacionalmente e que, conseqüentemente, invadiu a própria academia:

“Mas o que está em voga na questão de células-tronco, o que está na moda agora e que se faz muita publicidade, é a questão terapêutica, que nada mais é do que uma nova onda que surgiu, mas que também precisa de comprovações e estudos com várias pessoas” (E13).

Esses dois relatos apresentam dois aspectos importantes para pensar a prática científica: a predileção por um objeto de estudo, que, embora não seja tão recente, passa a ser tratado como a descoberta mais inovadora do campo científico e as lutas entre os grupos de pesquisadores no sentido de auferir maiores recursos financeiros para seus laboratórios e protocolos e, conseqüentemente, as disputas em alcançar as posições e o status social mais elevado na comunidade e na sociedade. O problema imediato do segundo ponto é que, mediante a não autorização de determinadas práticas de pesquisa que tenham por intuito utilizar um determinado tipo de material e da escassez de investimentos na área reduzam, significativamente, o interesse pela temática, retardando ainda mais o processo

---

<sup>158</sup> O Estado norte-americano “... proíbe a aplicação de verbas do governo federal a qualquer pesquisa envolvendo embriões humanos – a exceção é feita para 19 linhagens de células-tronco derivadas antes da aprovação da lei norte-americana” (Consultor Jurídico, 2008). Contudo, ao não terem uma lei federal que regulamente as pesquisas com células embrionárias, alguns estados já possuem projetos aprovados ou, então, tramitando a esse respeito. Um exemplo é o Estado da Califórnia, cuja norma proíbe a clonagem reprodutiva e a venda de embriões e gametas para fins de clonagem, embora a clonagem terapêutica não seja considerada como ilegal (Plomer, 2005).

existente, isto é, é necessário o “... *conhecimento de mecanismos que levam a essa diferenciação celular. Então, tem espaço para isso, acho que tem que ser realizado, mas acho que isso distancia muito da aplicação clínica*” (E6).

Enquanto as divergências em relação às células somáticas situam-se no âmbito da própria possibilidade da aplicação prática, quer dizer, de um comportamento voltado para a ação, configurado no poder fazer pesquisa mediante as características do contexto jurídico existente no país, as dissensões em torno das células embrionárias são muito mais complexas, adentrando nas instâncias da eticidade e da moralidade desses procedimentos e na maneira como os próprios entrevistados percebem a vida humana e o estatuto de pessoa.

Doze profissionais envolvidos em pesquisa e/ou clínica responderam sobre a utilização de células-tronco embrionárias para fins investigativos no campo da ciência. Dentre estes, pôde-se observar quatro tipos de justificativa para defender ou recusar os estudos com embriões humanos, quais sejam: a inevitabilidade desse tipo de pesquisa e seu caráter relacional com outras instâncias da vida social, a ciência como o único campo legítimo e autorizado para definir a maneira como a problemática será conduzida, a perspectiva subjetiva e filosófica em relação ao embrião e o discurso institucional.

Os que defenderam o caráter inevitável das pesquisas com embriões situaram sua argumentação com base em dois fatores fundamentalmente: primeiro é preciso que os estudos experimentais e de base avancem no sentido de coletar maiores informações sobre os mecanismos operacionais desse tipo de célula, já que esta ainda é muito pouco conhecida; segundo, há a necessidade de resolver e administrar os conflitos éticos, morais e religiosos envolvidos em torno da discussão do estatuto do embrião.

Os profissionais que defendem essa perspectiva encontram-se envolvidos diretamente (quatro) e indiretamente (um) em pesquisas com células-tronco. A sua argumentação centra-se na ideia de que, devido às características inerentes das células embrionárias, estas possuem uma plasticidade muito maior que as células somáticas, podendo originar diferentes células do organismo humano, qualidade que poderia trazer a possibilidade de constituir terapêuticas mais eficientes no tratamento de um conjunto de doenças. Contudo, para que uma verdade seja alcançada é preciso aprofundar os estudos existentes, uma vez que esses estudos ainda são

superficiais, principalmente no sentido de entender a possibilidade de esse tipo de célula provocar teratomas, conforme é percebido nos relatos apresentados:

“... é uma coisa um pouco inevitável; não tem como a gente não estudar uma célula-tronco embrionária. Isso vai acabar acontecendo. E eu acho que vai ter que acontecer até para ver o que isso representa. De repente, é uma ilusão, como estão dizendo. O principal problema das células-tronco embrionárias, é que não sabemos se essas células irão ou não formar tumores dentro da gente. Então, de repente o estudo dessas células não vai ser uma coisa que será tão impactante do ponto de vista da saúde das pessoas. Mas o estudo a gente não pode evitar” (E13).

“... [primeiro] tem alguns aspectos legais e éticos e até mesmo religiosos que dificultam a sua utilização. Segundo, não é fácil lidar com essas células, porque são células (...) muito potentes e podem gerar problemas de descontrole do processo que é aplicado (...). Como será possível controlar isso é uma coisa difícil de responder agora, talvez com o tempo venham a falar. Acho que não há nenhuma perspectiva no curto prazo de utilização rotineira dessas células em seres humanos (...). Esse processo é um caminho muito longo e que se tem que definir bem nesse processo problemas éticos e legais quanto à utilização dessas células em seres humanos” (E7).

Para esses informantes, as pesquisas utilizando este tipo de material podem refutar as hipóteses construídas em torno da funcionalidade curativa das células embrionárias. A ciência aparece aqui como uma esfera na qual se busca apreender os princípios ativos da natureza, ou seja, do corpo humano. É através dela que são traduzidas ou desmistificadas as possibilidades de desenvolvimento de novas tecnologias da saúde.

Contudo, o campo científico é percebido de forma relacional com outras instâncias da sociedade. Ele não é autônomo, independente; ao contrário, ele está sujeito a uma lógica de ambiguidade: ao mesmo tempo em que é influenciado pelos discursos articulados em outros campos da sociedade, ele também exerce interferências nesses meios. As experiências com células embrionárias são consideradas como legítimas desde que sejam resolvidos os conflitos éticos e morais. Essa tarefa não cabe à ciência, pois a ciência não tem como fornecer uma resposta cabal para o assunto. Pensar o momento em que inicia a vida humana e, conseqüentemente, o momento em que um ser passa a ser identificado como pessoa, através de seu reconhecimento social e jurídico, implica pensar em uma dimensão que ultrapassa as fronteiras da ciência, adentrando no âmbito valorativo.



Nos comentários que seguem, nota-se que o campo científico é sempre pensado em relação a uma demarcação do espaço de possível, resultante de um jogo de negociações entre diferentes grupos sociais. Nesse sentido, são tais espaços que fazem com que o fundamento de uma decisão pareça racional, neutro e objetivo em sua aparência, mas cuja inspiração, na realidade, possui causas diversas (Bourdieu, 2005).

É por meio desse *corpus* de precedentes aceitos como verdadeiros que a solução é buscada. Esse jogo de negociações estabelece as prerrogativas e as práticas que serão consideradas como autênticas e ilegítimas, isto é, a maneira pela qual será conduzida a performance dos pesquisadores:

“... o meu ponto de vista individual é que, seguindo esses princípios éticos e morais, eles poderiam também estar sendo utilizados” (E10).

“... elas têm maior plasticidade que as adultas. Mas é uma possibilidade que acho que faz diferença; mas tem que se resolver todo o problema ético da utilização das células embrionárias. Tanto é que a gente não entrou ainda” (E5).

A argumentação contrária à perspectiva relacional foi bastante convergente no sentido de pensar o campo científico como a única instância autorizada para discutir a importância de se utilizar as células embrionárias para fins de pesquisa. É a ciência que domina os princípios, os mecanismos e as características dos organismos vivos. É ela quem conhece de forma pormenorizada aquilo que se passa no interior do corpo humano. Logo, os campos jurídico, religioso e social, ao não dominarem esse saber, não têm a capacidade e a competência de discutir e intervir sobre o assunto.

Essa postura aproxima-se da cosmologia utilizada pela Biotecnologia, que procura justificar as novas práticas tecnológicas com base na reconfiguração do corpo humano. Se até um determinado período esse corpo humano era compreendido em sua totalidade, a partir do desenvolvimento da ciência e, conseqüentemente, da tecnologia, tal corpo passa a ser desconstruído, ficando reduzido a um conjunto de membros, órgãos e células que passam a ser vistos como autônomos e independentes dos organismos, como se pudessem falar por si só. Esse processo de mecanização permite que essas peças sejam individuadas,

manipuladas e modificadas sem serem, necessariamente, relacionadas ao organismo humano em sua totalidade (Barth, 2006).

Nesse grupo, destacam-se os depoimentos de dois clínicos e de dois docentes-pesquisadores, os quais percebem a ciência, neste caso, a Medicina e a Biologia como as únicas áreas que têm o poder de decisão. É o que se observa no comentário de um dos entrevistados, quando este afirma que *“não cabe a eles discutir isto aí [Supremo Tribunal Federal]”* (E4), ao ser questionado sobre a utilização de células embrionárias para pesquisa. A escolha de novos objetos a serem analisados aparece aqui como uma prática inerente à pesquisa científica, livre de qualquer interferência de outra ordem. Outro objeta a aceitação passiva desses procedimentos, uma vez que não há como impedir o “desenvolvimento” científico. Ao ser questionado sobre os conflitos que emergem em torno dessa questão, o entrevistado responde que muitos grupos sociais opõem-se a esse tipo de tecnologia voltada para a manipulação de células embrionárias, associando a ela a possibilidade da regularização da prática de aborto. Para ele *“... isso é inevitável, não se pode evitar isso porque a consciência de cada um vai interferir aqui. Mas nem por isso devemos deixar de usar um método. Dá pra evitar tudo isso, dá. Eu acho que se deve tocar em frente”* (E1). Destaca-se que, ao afirmar *“a consciência de cada um vai intervir”*, o informante está referindo-se à “consciência” dos profissionais da Medicina. Dentro dessa lógica, a conduta ética e moral dependeria unicamente de suas decisões acerca do fenômeno.

Enquanto os clínicos, que foram ouvidos ao longo do trabalho de campo, atribuem explicitamente um papel central para a ciência, aqueles médicos que detêm o saber técnico sobre esse tipo de procedimento o fazem de maneira mais tácita. A crítica relacionada aos setores da sociedade que se encontram envolvidos nesse tipo de debate é denominada “histórica”, no sentido de a sociedade estar debatendo sobre uma temática e sobre pesquisas cujos resultados ainda não estão comprovados cientificamente. Assim,

*“... o problema da utilização de embrião é uma coisa que não está definida, nem na literatura mundial; não é uma coisa brasileira isso. Não existe nenhum relato experimental ou clínico em que célula embrionária funcione. Então, a discussão, ela é uma discussão, no meu ponto de vista, histórica, porque na verdade se discute uma coisa que não se sabe”* (E11).

Logo, o debate seria infundado, pois não existem indícios e provas concretas na literatura da área que demonstrem que a célula embrionária funcione, abrindo, por consequência, margem para esse tipo de discussão.

Em outra entrevista, as demais instâncias da sociedade, principalmente o campo religioso, são descritas como incapazes de conduzir esse debate de maneira exequível, devido aos aspectos valorativos e ideológicos contidos em seus discursos. Como explica um dos médicos, cada vez que o setor religioso interfere nessas questões “... a gente se atrapalha, a gente não tem as mínimas condições para discutir sobre esse assunto (...). As posições religiosas são as mais arcaicas e que mais atrasam; sempre fizeram isso com o desenvolvimento e o conhecimento” (E8).

A visão religiosa é percebida aqui como uma barreira para o desenvolvimento da ciência; o informante procura sustentar seu argumento com base nos elementos históricos que caracterizaram a relação e as disputas de poder entre as duas esferas. A alternativa apresentada pelo entrevistado para resolver os dilemas éticos é a centralidade que os comitês de bioética precisam assumir na sociedade:

“... a bioética é fundamental (...); essas coisas são todas controladas e os avanços da ciência sempre têm benefícios maiores. (...). Respeitando limites bioéticos nós iremos fazer o bem. Então, eu acho que essa discussão ela vai evoluir, progressivamente, para colocar menos peso na visão arcaica, religiosa, e mais peso na bioética e no avanço da ciência” (E8).

Salienta-se, no entanto, que, embora o profissional refira a bioética como uma instância central para mediar e administrar os conflitos éticos, é preciso lembrar que seus comitês são formados basicamente por profissionais da área da saúde<sup>159</sup>,

---

<sup>159</sup> A proporção de outras áreas do conhecimento, como a Filosofia, a Teologia, a Sociologia e a Antropologia, é muito reduzida nos comitês de bioética no Brasil quando comparada com o número de representantes provenientes do campo da saúde. Se o setor das ciências humanas e exatas possui, de modo geral, um único representante por centro, da mesma forma que ocorre com os representantes da sociedade civil e setores religiosos, as ciências da saúde possuem predominantemente um representante por curso, concentrando, assim, nos comitês de bioética, um número bem superior de profissionais desse campo de atuação. É em razão dessa característica que Duarte (2004) realiza uma crítica à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). Segundo esse autor, essas instâncias estão totalmente comprometidas com a ideologia politicamente correta do consentimento informado, além de orientarem suas ações no comitê com base em uma concepção teórica e metodológica específica das ciências naturais. Destaca que o objeto de pesquisa das ciências sociais não é o mesmo do das ciências naturais; a Sociologia e a Antropologia possuem em seus procedimentos metodológicos uma

cujo paradigma da ciência moderna é ainda imperativo, no sentido de pensar o organismo humano de forma segmentada, veja-se o caso da Medicina Baseada em Evidências.

Além dessa característica, a bioética assume um caráter normativo, de dever-se. Seu comentário apresenta uma definição do conceito pautado na ideia da centralidade que esse campo adquire perante os dilemas da sociedade. A bioética e a prática científica assumem um sentido análogo, como se ambas dependessem uma da outra para poder estabelecer suas ações em um dado contexto histórico e social.

A terceira perspectiva pensa as células embrionárias a partir de elementos subjetivos e filosóficos, enfatizando sua moralidade, autonomia e dignidade. Ao serem questionados sobre a possibilidade de realizar pesquisas com células embrionárias, dois entrevistados apresentam em suas falas critérios de ordem valorativa. Um deles define que, a partir do momento em que ocorre a fecundação entre o óvulo e o espermatozóide, já existe vida, ainda que não exista uma organização celular suficiente para se dizer que haja uma consciência daquela vida. Para esse profissional, o argumento sustenta-se na própria experiência pessoal relacionada à paternagem:

“Então eu vou te responder não com a cabeça, mas com o coração. Eu acredito que no momento em que o óvulo e o espermatozoide se juntarem existe vida. Eu estou te respondendo com o coração

---

forma particular de se relacionar com o sujeito da pesquisa, que lhes é inerente. Os sujeitos das pesquisas são concebidos e tratados como pessoas desde o início, isto é, são percebidos como entidades socioculturais e não apenas como entidades biológicas. É em razão dessa singularidade metodológica que Duarte destaca a necessidade de ter outra concepção de ética, já que as pesquisas não interferem nos corpos dos indivíduos, mas os exploram a partir das concepções de seus interlocutores. Se a área biomédica intervém sobre os corpos dos indivíduos, nas ciências sociais esses indivíduos são tratados como atores, pois a preocupação do investigador concentra-se nos aspectos culturais e sociais nos quais eles estão envolvidos. Para fins de exemplificação, cita-se a questão da construção da amostra, elemento este que tem gerado vários problemas na aprovação de muitos projetos de pesquisa pelos comitês de bioética, pois esses órgãos, em muitas situações, exigem do pesquisador das ciências humanas que ele determine o número de sujeitos que virá a ser por ele entrevistado. Essa determinação, embora seja válida para as ciências naturais, nem sempre pode ser estabelecida inicialmente pela Sociologia e Antropologia, principalmente quando são realizadas pesquisas de cunho qualitativo. Essas pesquisas, ao contrário dos estudos quantitativos, buscam não a generalização, mas as singularidades de uma dada realidade; para apreender os sentidos e motivos de uma determinada ação humana é utilizada a noção de ponto de saturação, isto é, um recurso metodológico intrínseco à pesquisa qualitativa, cujo significado corresponde à ideia de que é somente quando se encontra inserido no campo de pesquisa, aplicando os instrumentos de coleta de dados, que o pesquisador consegue determinar a finalização do trabalho de campo e o número de entrevistados. Exemplo disso são as entrevistas em profundidade ou a técnica da observação.

porque a minha filha faz um ano (...) e eu tenho certeza que ela nasceu no dia em que se encontrou o espermatozoide com o óvulo” (E14).

Para outro profissional entrevistado, o qual também possui um conhecimento leigo acerca das características e princípios ativos das células-tronco, a sociedade brasileira é “conservadora” no que diz respeito ao uso de novos métodos científicos. Contudo, ressalta que esse “conservadorismo” é necessário para refletir sobre os próprios procedimentos científicos e os meios que a ciência utiliza para alcançar seus objetivos. O conflito emerge quando a célula passa a ser identificada com o ser humano, isto é, enquanto ela for tratada como uma matéria, um mecanismo destituído de uma corporalidade mais ampla, de uma totalidade orgânica racional, ela é passível de manipulação técnica. A partir do momento em que a célula passa a ser identificada como um ser humano é atribuída a ela uma forma valorativa e estatutária:

“... é uma situação muito difícil. Tem um embrião. Como é que tu vais fazer isso assim? Tu tens que retirar ele vivo para poder tirar as células? Na verdade, já é uma nova vida, porque uma célula por si só já está viva. É muito complicado (...). Enquanto a gente conseguir não identificar uma célula como um ser humano, enquanto identificar uma célula como tal, a gente não consegue ver nela as características que a gente tem de ser humano, que é capacidade de raciocínio, não é só pela comunicabilidade, mas tu veres que tem um formato humano” (E12).

Esse comentário remete à discussão em torno dos conceitos de pessoa e indivíduo presentes na sociedade moderna. Para Ladrière (2001), o termo pessoa só pode ser útil para a análise sociológica quando forem esclarecidos os usos que, embora sejam aparentemente idênticos e universais, veiculam significados contraditórios.

O paradoxo torna-se ainda mais complexo quando a noção de indivíduo passa a figurar entre os diversos domínios da vida social, especialmente entre o domínio médico e o domínio religioso de perspectiva católica. Enquanto o primeiro fundamenta-se na ideia tradicional do direito, mas de um direito desestabilizado pelos avanços da Medicina, o segundo pensa a pessoa como um critério a partir do qual se entende que essa pessoa possui um juízo moral sobre essas inovações biotecnológicas. Essas discordâncias, além de serem dadas pela especificidade de

cada uma dessas disciplinas, surgem a partir das diferenças de opções aspiradas nos campos concorrenciais, conflituosos por si só, que constituem o saber, a técnica, a moral, a política e as relações sociais, condicionando uma maneira particular de definir a pessoa.

Por fim, o discurso institucional aparece na fala de apenas um dos sujeitos da pesquisa, o qual está diretamente envolvido com vários protocolos que têm por objetivo analisar as particularidades das células somáticas diante de enfermidades específicas. O informante, ao referir-se às células embrionárias, não explicita seu ponto de vista individual, mas, ao contrário, utiliza os argumentos institucionais para falar sobre as especificidades das células embrionárias, seja sobre as hipóteses levantadas para pensar sua funcionalidade, seja sobre os riscos apresentados pelo alto poder de plasticidade, isto é, de diferenciação celular.

Essa perspectiva foi percebida em outros momentos do trabalho de campo relativos aos demais informantes; contudo, estes, ao serem inquiridos sobre o que pensavam sobre células embrionárias, expunham tanto a política de pesquisa adotada pela instituição na qual estavam inseridos naquele momento e os motivos que levavam a instituição a optar por essa escolha quanto a maneira como percebiam individualmente a respectiva questão.

O discurso formal desse informante leva a pensar sobre a posição que ele ocupa não apenas na instituição como também na sociedade; logo, ao serem abordados temas polêmicos, como é o caso das células embrionárias, o papel que passa a ser incorporado é o do personagem público, isto é, aquele que se encontra no domínio da rua, categoria que indica imprevistos, ação e movimento. Logo,

“... dado o fato de que os sistemas sociais têm esferas ou domínios diferenciados, eles pressupõem uma gramática ou uma ordenação lógica entre eles. (...). Nesse ângulo, vemos que papéis sociais formam, junto com outros elementos, verdadeiros conjuntos que marcam e são marcados por seus domínios de origem” (DA MATTA, 1997: 97).

Essa formalização representa a maneira como o papel de cientista é despersonalizado pelo entrevistado. Como a prática científica não se restringe ao reduto do privado, visto que ela é pública, no sentido de que seus conhecimentos são repassados à sociedade, as escolhas e, inclusive, as vontades morais tornam-se impessoalizadas. O objeto da ciência e suas ações não se resumem a um elemento

individualizado; seu domínio de origem, nesse caso, ultrapassa a esfera do mundo privado.

O deslocamento, ou a passagem, do ponto de vista pessoal para o institucional no que tange às pesquisas com células-tronco embrionárias exemplifica que as escolhas para pesquisar esse tipo de material não dependem somente de ações e objetos específicos, mas resultam de vontades consideradas públicas, isto é, o interesse por uma determinada problemática de pesquisa pode ser condicionado pelos papéis sociais interpessoais e institucionais, os quais se inscrevem no mundo da rua.

Os pontos de vista dos médicos e médicas entrevistados acerca das células-tronco adultas e embrionárias e os aspectos por eles mencionados para defini-las podem ser circunscritos a duas tipologias éticas basicamente: a ética da utilidade e a ética dos princípios. A ética da utilidade percebe as pesquisas com células embrionárias sob o princípio do bem, pois pesquisas com esse tipo de material podem apresentar à sociedade novas terapêuticas, propiciando, ainda, um destino mais “nobre” àqueles embriões que seriam “descartados” pelos laboratórios. Já a ética dos princípios fundamenta seu argumento na “individualidade” de cada embrião humano, expondo, portanto, à sociedade um problema: se a discussão sobre vida humana ultrapassa os limites do campo científico, dado que é uma questão de ordem moral, quais seriam os preceitos aceitos como éticos pela sociedade para a realização de pesquisas com humanos, principalmente quando a hipótese de obter resultados concretos com esse tipo de célula é remota diante daqueles já alcançados pelas células somáticas?

Essa disposição dos argumentos apresentados pelos profissionais da Medicina sobre as células-tronco, principalmente em relação às células embrionárias, reproduz parcialmente a lógica de debate presente nas demais instâncias da sociedade brasileira: a dificuldade em estabelecer uma ação argumentativa a partir desses dois modelos de ética acima mencionados, que se apresentam como opostos e contraditórios.

Essa maneira de pensar e agir está interligada com as representações que este setor da comunidade médica tem em relação ao início da vida humana. É a partir da apreensão da definição de pessoa que eles oferecem que se torna viável compreender a maneira pela qual eles se posicionam perante o assunto.

### 7.7. A construção histórico-social das noções de pessoa e indivíduo e as concepções dos profissionais da Medicina acerca desses conceitos

O momento no qual se daria o início da vida humana é um tema que suscita um debate polêmico. A ciência não define um marco para o seu início; ao contrário, a existência de diferentes teses científicas evidencia o grau de complexidade do assunto que, antes de possuir um parâmetro exclusivamente técnico, adentra nos domínios da moralidade e da jurisdição.

Para Cesarino (2007), a comunidade científica apresenta basicamente cinco propostas sobre o estatuto do embrião quando chamada para o debate público, dando destaque para a centralidade biológica. Embora o argumento biológico seja central nessas perspectivas, a autora explica que em todas elas é possível distinguir vários aspectos socioculturais referentes à noção de indivíduo estabelecida na modernidade pelo ocidente, quais sejam: “... a racionalidade (na tese neurológica), a in-dividualidade (na tese embriológica), a identidade (na tese genética) e a autonomia (na tese ecológica)” (CESARINO, 2007: 264).

O quadro abaixo apresenta as principais teses científicas referentes ao início da vida humana que são apresentadas nas discussões públicas acerca do assunto:

<b>Tese</b>	<b>Marco Inicial</b>	<b>Fundamentos Biológicos</b>
Genética	Fertilização – encontro do óvulo com o espermatozoide.	Com a fecundação, há a formação da estrutura celular com código genético único.
Embriológica	14 <sup>o</sup> dia – completa-se a nidação (fixação do embrião na parede do útero) e a formação da linha primitiva (estrutura que dará origem à coluna vertebral).	O embrião configura-se como estrutura propriamente individual: não pode se dividir em dois ou mais, nem se fundir com outro. Além disso, diferencia-se das estruturas celulares que formarão os anexos embrionários.
Neurológica	8 <sup>a</sup> semana – aparecimento das primeiras estruturas que darão origem ao sistema nervoso central (SNC). 20 <sup>a</sup> semana – completa a formação do SNC per se.	Baseada no mesmo argumento da morte cerebral: assim como a vida só termina com a parada dos sinais neurológicos, ela começa com o aparecimento das estruturas nervosas e/ou de seus sinais.
Ecológica	Entre a 20 <sup>a</sup> e a 24 <sup>a</sup> semanas – completa a formação dos pulmões, última estrutura vital a ficar pronta.	Principal fundamentação da Suprema Corte norte-americana autorizando o aborto; refere-se à capacidade potencial do feto de sobreviver autonomamente fora do útero.
Gradualista	Não há.	Supõe a continuidade do processo



		biológico, no qual a vida é concebida como um ciclo. Nesse sentido, a formação de um indivíduo começa com a dos gametas de seus pais ainda no útero dos avós.
--	--	---

Fonte: Cesarino, 2007:365.

Pensar a relação entre indivíduo e pessoa requer, contudo, uma reflexão sobre a complexidade atribuída ao significado de pessoa ao longo da história. Para Ladière (2001), a noção de pessoa está fracionada em períodos ou, como explica Mauss (1974), compreender essa categoria demanda do pesquisador um estudo sobre a sua origem e desenvolvimento ao longo do tempo; é a partir da compreensão dos diferentes sentidos a ela atribuídos que se torna possível apreender a maneira pela qual a representamos na contemporaneidade.

O primeiro período compreende a discussão em torno da noção de “persona latina”, que, segundo Mauss (1974), remete à ideia de “... *máscara, máscara trágica, máscara ritual e máscara do passado*” (MAUSS, 1974: 225). Se, na sociedade indiana e chinesa<sup>160</sup>, a noção de indivíduo encontrava-se atrelada à consciência individual, isto é, à “fabricação do eu”, significando uma composição entre coisas e espíritos, a sociedade latina concebe o sentido primitivo da noção de pessoa. A pessoa, portanto, “... *é algo além de um fato de organização, mais do que o nome ou o direito reconhecido a um personagem e mais do que uma máscara ritual: é um fato fundamental do direito*” (MAUSS, 1974: 227).

Enquanto os latinos estabeleceram o caráter pessoal do direito, os gregos, por sua vez, atribuem uma dimensão moral a essa noção jurídica, no sentido de conceber a pessoa como um ser “... *consciente, independente, autônomo, livre, responsável*” (MAUSS, 1974: 233-34), quer dizer, a pessoa representa também o “... *personagem que cada um é e deseja ser, seu caráter (...), a sua verdadeira face*” (MAUSS, 1974: 233). Surge, ao lado da personalidade jurídica, a pessoa consciente.

A dimensão de pessoa adquire nesse período uma dimensão ôntica, isto é, o humano passa a ser concebido de maneira concreta, fática, ao qual é atribuída uma substância, uma materialidade. Independente da ambivalência que a palavra pessoa possui, podendo significar, por um lado, a expressão da interioridade do sujeito e, por outro, também exprimir os artifícios que consistem em dissimular sob a

<sup>160</sup> Segundo Mauss (1974), a Índia é considerada como a sociedade que desenvolveu primeiramente a noção de indivíduo, consciente do “eu”.

máscara a verdadeira identidade do sujeito, Ladrière (2001) explica que o termo no seu uso habitual não representa nem a interioridade do sujeito e nem o artifício de parecer um outro ator social, mas significa o ser humano particular e singular, percebido como uma unidade em um relacionamento social.

A definição ontológica de pessoa, definida como um ser ao qual é atribuída uma natureza comum, inerente a todos os seres, é característica da antiguidade cristã e da idade média. Atribui-se nesse momento uma base metafísica à dimensão jurídica e moral da pessoa, ocorrendo “... a passagem da noção de *persona*, homem revestido de um estado, à noção de homem simplesmente, de *pessoa humana*” (MAUSS, 1974: 235), entendido a partir do princípio de unidade da pessoa enquanto “... *substância e forma, corpo e alma, consciência e ação*” (MAUSS, 1974: 236).

Nessa fase, encontram-se três momentos bastante significativos: o primeiro está relacionado à ideia da pessoa como uma hipóstase, quer dizer, há uma união entre a natureza divina e a natureza humana, ocorrendo um processo de secularização em torno da noção de pessoa.

O segundo momento, por sua vez, é caracterizado pela perspectiva de que a pessoa significava uma substância individual possuidora de uma natureza racional, onde as questões de fé são abordadas pela luz da razão.

Por fim, o terceiro momento consiste na definição que percebe a pessoa como existente em si e para si, ou seja, em um caso ela é concebida como substância sem razão e em outro é entendida como relação sem substância. Opondo-se ao modelo apresentado no parágrafo acima, esta perspectiva fundamenta seu argumento com base na unidade das pessoas na Trindade, cuja alma não é repassada de pais para filhos; ao contrário, a pessoa não é somente uma substância individuada, isto é, essência concreta, mas também substância subsistida. Logo, “... criou-se a ideia de pessoa como substância racional, indivisível e individual” (LUNA, 2007: 414), cuja consciência de si é transformada em atributo da pessoa moral, quer dizer, “... expose ainsi à réduire la conscience de soia u subjectivisme, l'autonomie à l'égoïsme, la responsabilité à un volontarisme, le respect à outues lês formes de moralisme”<sup>161</sup> (LADRIÈRE, 2001: 326).

---

<sup>161</sup> Tradução livre: “... expõem-se, dessa forma, a limitar a consciência de si ao subjetivismo, a autonomia ao egocentrismo, a responsabilidade a um voluntarismo, o respeito a todas as formas de moralismo”.

O terceiro período considerado refere-se ao que é denominado como Tempos Modernos. Nessa fase, a noção de pessoa é radicalizada em detrimento dos períodos anteriores, pois a pessoa não é mais concebida somente pela sua existência concreta, objeto de uma compreensão primeira (dimensão ôntica), nem indivíduo racional, objeto de uma compreensão especulativa, a qual se encontra acima do próprio sujeito e de sua própria estrutura (dimensão ontológica), mas também de um sujeito que percebe a si mesmo como tal. A pessoa não é mais apenas objeto de conhecimento, mas sujeito cognoscente. Há, nesse período, uma profunda mudança cultural acompanhando a noção de pessoa, a qual “... cesse de *designer avant tout la nature de l'être humain dans l'ordre naturel du monde, pour signifier primordiallement l'homme comme sujet conscient de soi, responsable de ses actes, acteur de l'histoire*”<sup>162</sup> (LADRIÈRE, 2001: 347). A expressão filosófica cede espaço para a Reforma e, posteriormente, à ciência.

Descartes é a origem da compreensão moderna da noção de sujeito. A partir de sua perspectiva é possível considerar a pessoa como indivíduo consciente de sua própria existência. Desse modo, o indivíduo é concebido como um sujeito livre, que se percebe como existente através do ato de pensar, pensar este definido de maneira singular por esse filósofo, significando duvidar, conceber, afirmar, negar, querer, refutar, imaginar, sentir.

O sujeito cartesiano é dotado de razão. Logo, o conhecimento<sup>163</sup> humano, formado pelo entendimento, pelos sentidos e pela imaginação não está afastado da vida prática<sup>164</sup>. O conhecimento busca, antes de tudo, mostrar ao indivíduo como agir, pois, segundo o autor, ele deve orientar a vontade, submetendo os desejos à razão (Descartes, 1999).

---

<sup>162</sup> Tradução livre: “... cessa de designar toda a natureza do ser humano na ordem natural do mundo, para significar primordialmente o homem como sujeito consciente de si, responsável pelos seus atos, ator da história”.

<sup>163</sup> Para Descartes (1999), o conhecimento tem um sentido moral, isto é, é uma atividade engajada no sentido de construir parâmetros morais para a sociedade e não no sentido de buscar transformar o mundo.

<sup>164</sup> Partindo da ideia de que o conhecimento começa pelas coisas mais simples e que há coisas que são acessíveis ao entendimento humano e outras não, Descartes (1999) enfatiza elementos de ordem subjetiva e objetiva. Portanto, a inovação tecnológica como um fenômeno generalizado demanda uma conexão entre a vida intelectual e o mundo prático, não significando apenas uma simples invenção. O mundo prático requer a ciência, visto que o mundo da vida deixa de ser algo estático e passa a ser relativo, ou seja, é uma realidade derivada das coisas mais simples, deixando de ser concebida de forma dogmática.

Se Descartes percebia a pessoa como sujeito, Kant irá defini-la como sujeito moral, atribuindo a ela uma personalidade. A ideia de respeito e dignidade atribuída à noção de pessoa articula-se à ideia de vontade. Logo, a pessoa, na perspectiva kantiana, é compreendida, primeiro, como um fim em si, pois é capaz de pôr a ela mesma um fim, devido a sua natureza racional; segundo, é atribuída a ela autonomia, pois a pessoa é autora de seus atos e por eles responsável, isto é, é possuidora de uma vontade livre e racional. A pessoa é definida como uma união entre a razão prática e a vontade livre, designando, por consequência, um sujeito moral (Freitag, 1992).

Já para Hegel, a pessoa se constitui como sujeito ou como eu, não em um relacionamento de si para si, mas em uma relação de sujeito para sujeito, onde o outro não é concebido como objeto; ao contrário, ele também é percebido como sujeito, em que o eu torna-se ele mesmo a partir de uma relação de reconhecimento mútuo de um eu em relação a um outro eu. Nesse sentido, a pessoa é definida como um sujeito relacional, cuja luta pelo reconhecimento é central para a relação moral. Desse ponto de vista, a autonomia não pode mais ser pressuposta; ela é resultante de uma ação estabelecida com base no reconhecimento mútuo, o qual não é imediatamente garantido, mas é o momento em que se inicia o conflito. Logo, a relação moral não pode ser pensada separadamente de sua relação prática (Ladrière, 2001).

O quarto período é marcado pela época contemporânea, quando a noção de pessoa passa a ser abordada também pelas ciências sociais. Os trabalhos de Durkheim e Mauss deixam clara a tentativa sociológica de tornar a noção de pessoa um conceito científico e não apenas filosófico. De acordo com essa perspectiva, o fundamento da pessoa não é mais ontológico, mas ético.

Durkheim (1995) passa a sublinhar a dimensão social da pessoa, a qual se encontra no centro de um duplo processo de individualização e de socialização, marcando, assim, um processo de interação e não de exclusão. A pessoa é a expressão da determinação social do indivíduo, pois este apenas existe enquanto membro de uma sociedade. Nesse sentido, o indivíduo como membro da sociedade não é totalmente livre para tomar suas próprias decisões morais, mas, em certo sentido, ele é coagido a aceitar as orientações comuns, presentes na sociedade da

qual participa. Em outras palavras: o indivíduo é abstraído pelo grupo social, ou seja, fora da estrutura social ele não tem nenhuma função, torna-se inexistente<sup>165</sup>.

Enquanto para Durkheim o indivíduo é absorvido pela sociedade, não tendo expressão alguma fora dela, o indivíduo weberiano é percebido como alguém solitário, mas que desempenha uma ação social. O indivíduo deixa, assim, de ser um sujeito passivo e passa a ser entendido como um sujeito ativo. Analisando o processo de racionalização social, Weber (2004) explica que o protestantismo rompe com a ideia de comunhão (comunidade) de fiéis, compartilhada através de ritos. Emerge a ideia de indivíduo, o qual está inserido em um universo de valores que impõem uma conduta racionalizada. A ideia de comunidade, portanto, ao contrário do catolicismo que a percebe como externa ao indivíduo, vivida através de rituais, na prática protestante, é compreendida como interna ao indivíduo, compartilhada através de uma ética religiosa; o indivíduo pertence a uma comunidade de valores minimamente ritualizada, mas fortemente racionalizada<sup>166</sup>.

Estabelecendo um debate em torno da noção de pessoa, Mauss (1979) a define como expressão da categoria do eu, ou seja, a noção de pessoa e a ideia do “eu” são categorias construídas socialmente, cuja mudança de sentido varia de acordo com o contexto histórico<sup>167</sup>. Por conseguinte, a categoria do eu<sup>168</sup>, que

---

<sup>165</sup> Como explica Freitag (1992), ao contrário de Weber, para quem o indivíduo (agente social) e a sociedade são entendidos de forma polarizada, quer dizer, o indivíduo é um sujeito que se encontra isolado, submetido à racionalização e objetivação das mudanças sociais, Durkheim percebe sua existência apenas como membro partícipe de uma sociedade. A ação humana, na perspectiva durkheimiana, somente existe no interior de um grupo social, pois é a sociedade quem regula a vida individual e social.

<sup>166</sup> Para Weber (2004), não há uma estrutura de mediação entre o indivíduo e Deus na reforma protestante. A tranquilidade espiritual é obtida através do trabalho, que passa a substituir os rituais propagados pelo catolicismo. Se, para o catolicismo, o testemunho de fé é vivido fora da vida prática, cuja conduta não é pensada e as consequências não são percebidas, pois predomina uma visão fatalista da realidade, a qual se encontra separada dos atos humanos, havendo espaço para o arrependimento, para o protestantismo, o testemunho de fé é interno, faz parte do cotidiano do indivíduo. Logo, a conduta (ética) é racionalizada no sentido de cada ato desempenhado pelo indivíduo ser pensado (racionalizado).

<sup>167</sup> O processo histórico de fundamentação e concretização da categoria pessoa pode ser mais bem percebido por meio da seguinte passagem apresentada por Mauss (1974): “... de uma simples mascarada à máscara, de um personagem a uma pessoa, a um nome, a um indivíduo, deste a um ser de valor metafísico e moral, de uma consciência moral a um ser sagrado, deste a uma forma fundamental do pensamento e da ação” (MAUSS, 1974: 240), eis o percurso histórico de desenvolvimento da noção de pessoa segundo o autor.

<sup>168</sup> Dumont (1992), em sua obra “Homo Hierarchichus”, explica que a noção do eu apresenta-se de modo distinto no ocidente e no oriente. O indivíduo é percebido pelo autor como um valor *sui generis*, pelo fato de não ser possível falar sobre essa noção, assim como sobre a própria sociedade, genericamente.

emerge a partir do século XVII, passa a perceber a pessoa individualmente, de acordo com sua consciência particular, isto é, como ser psicológico, possuindo um caráter racional individual, ou seja, correspondendo a uma consciência e uma categoria.

Se a noção de pessoa, para Mauss, era um ponto de encontro entre o eu, psicológico, individual e um grupo social, é preciso ressaltar as características intrínsecas dessas noções, a fim de compreender o processo dialético existente entre ambos os conceitos.

A ideia de pessoa, na contemporaneidade, é entendida como complementar aos outros, ou seja, a pessoa é um complemento da coletividade, encontrando-se, assim, presa e vinculada a uma totalidade social. A sociedade precede sobre ela; logo, sua consciência é social e as normas são definidas previamente pelo próprio grupo social. Ao contrário da pessoa, o indivíduo é apreendido como um ser livre, possuindo direito a um espaço singular. Logo, ele não completa os demais membros de uma coletividade, mas ele é pensado como igual a eles, tendo, por isso, uma consciência individual e a capacidade de criar as regras do mundo onde vive. Se a pessoa não tem escolhas, o indivíduo as possui, e essa possibilidade de eleger atos determinados é vista como seu direito fundamental (Da Matta, 1997).

Essa concepção de indivíduo é intrínseca à visão ocidental<sup>169</sup>, desenvolvida, principalmente, a partir da Renascença. Analisando as características do sistema social do ocidente e do sistema de castas, presente na sociedade indiana, Dumont (1992) identifica a presença de ideologias opostas na definição do indivíduo. Em outras palavras, o autor procura apresentar as peculiaridades

---

<sup>169</sup> Segundo Dumont (1992), a perspectiva ocidental em seu senso comum percebe a instituição hierárquica das castas como uma negação dos direitos humanos.

inerentes à ideologia de castas<sup>170</sup>, que se apresenta como um sistema social distinto daquele fundamentado na ideia de igualitarismo<sup>171</sup>.

Nesse sentido, a percepção do eu enquanto indivíduo não é dada pela sua natureza, de maneira inata, mas corresponde a uma prescrição imposta pela sociedade moderna. Por consequência, é preciso refletir, por um lado, sobre o problema sociológico do indivíduo<sup>172</sup> e, de outro sobre a ideia de igualdade como um valor moderno. De maneira oposta à sociedade moderna, as sociedades tradicionais<sup>173</sup> têm uma ideia coletiva do homem; diferença que se deve ao fato de essas sociedades ignorarem a liberdade e a igualdade como valores e, em resumo, o indivíduo.

Assim, como a igualdade e a liberdade, o indivíduo é um valor na sociedade ocidental moderna. É a partir dessas características que é preciso

---

<sup>170</sup> Estabelecendo uma crítica à perspectiva universal dos direitos humanos e do princípio de igualdade, apresentados pelo Ocidente, propõe como exercício primeiro “... *tentar compreender a ideologia do sistema de castas. Ora, ela é diretamente contradita pela teoria igualitária de que participamos. E é impossível compreender uma, enquanto a outra – a ideologia moderna – for tomada como verdade universal, não só enquanto ideal moral e político (...), mas também como expressão adequada da vida social, o que é um julgamento ingênuo*” (DUMONT, 1992: 52). É preciso, como explica o autor, refletir e problematizar os valores modernos e a ideologia estabelecida em torno do conceito de indivíduo.

<sup>171</sup> Os conceitos de igualdade e liberdade, considerados como valores fundamentais na sociedade moderna “... *supõem como princípio único e representação valorizada a ideia do indivíduo humano: a humanidade é construída de homens, e cada um desses homens é concebido como apresentando, apesar de sua particularidade e fora dela, a essência da humanidade*” (DUMONT, 1992: 52). É necessária, por isso, uma percepção sobre a noção de indivíduo concebido como categoria moderna e de ascendência cristã.

<sup>172</sup> Para Dumont (1992), a Sociologia é um produto da sociedade moderna, dela sendo parte integrante, pois a disciplina surge com o objetivo de compreender as mudanças sociais despertadas pela modernidade, especificamente pela Revolução Industrial, que desencadeou transformações nos modos de produção da época, e pela Revolução Francesa, responsável pela mudança de mentalidade ou nos modos de pensar da sociedade. Por consequência, sua definição de sujeito está ligada estreitamente aos ideais valorativos que surgiram naquele período.

<sup>173</sup> A forma de organização social entre as sociedades tradicionais e as sociedades modernas é distinta. Nas primeiras, “... *o acento incide sobre a sociedade em seu conjunto, como Homem coletivo; o ideal define-se pela organização da sociedade em vista de seus fins (e não em vista da felicidade individual); trata-se, antes de tudo, de ordem, de hierarquia, cada homem particular deve contribuir em seu lugar para a ordem global, e a justiça consiste em proporcionar as funções sociais com relação ao conjunto. Para as sociedades modernas, ao contrário, o Ser humano é o homem ‘elementar’, indivisível, sob sua forma de ser biológico e ao mesmo tempo de sujeito pensante. Cada homem particular encarna, num certo sentido, a humanidade inteira. Ele é a medida de todas as coisas (num sentido pleno todo novo). O reino dos fins coincide com os fins legítimos de cada homem, e assim os valores se invertem. O que se chama ainda de ‘sociedade’ é o meio, a vida de cada um é o fim. Ontologicamente, a sociedade não existe mais, ela é apenas um dado irredutível ao qual se pode em nada contrariar as exigências de liberdade e igualdade. Naturalmente, o que procede é uma descrição dos valores, uma visão do espírito*” (DUMONT, 1992: 57).

apreender as definições de pessoa e indivíduo apresentadas pelos profissionais da Medicina.

No que diz respeito à percepção dos entrevistados sobre o momento em que vida humana iniciaria, quer dizer, o instante em que a condição de pessoa seria atribuída ao embrião, dez entrevistados responderam à questão. Embora a maior parte tome como atributo a base biológica para construir as referidas categorias sociais, alguns entrevistados centraram seu argumento em critérios valorativos de ordem moral. O quadro abaixo ilustra as proposições apresentadas pelos profissionais da Medicina:

<b>Tese defendida</b>	<b>Especialidade do profissional</b>
Embriologia	Cirurgião Geral
	Cirurgião Cardíaco
	Cardiologista
	Bioquímico
Fecundação	Neurologista
	Geneticista
Neurológica	Neurologia
Dogmática	Oncologista
	Cardiologia
Estabelecida pela ciência <sup>174</sup>	Clínico Geral

Os profissionais que tomam como atributo central, para definir o início da vida humana, as teses científicas fundamentam seu discurso com base em um modelo fiscalista, intrínseco à concepção de pessoa, noção que é construída com base não apenas oriunda de critérios sociais, mas de argumentos biologizantes.

Para Luna, a Biologia é transformada “... em base para a construção cultural de categorias sociais” (LUNA, 2007: 418). Esses critérios biológicos ocultam e desfazem as relações sociais, atribuindo, dessa forma, uma característica natural à identidade do ser humano e individual.

Os argumentos apresentados pelos profissionais entrevistados que utilizam o atributo biológico encontram-se divididos da seguinte maneira: o primeiro

<sup>174</sup> O entrevistado não explica diretamente a fase em que a vida humana iniciaria; apenas ressalta que esse papel cabe ao campo científico.



refere-se à tese genética, segundo a qual a fertilização, fusão entre o óvulo e o espermatozoide, permite a formação de uma estrutura celular singular, devido à presença de um código genético único. A presença do código genético, dado a partir da fecundação, passa a ser preponderante na definição da categoria de pessoa, pois a singularidade cromossômica leva à concepção de que o sujeito é único e indivisível. Conforme o comentário de um dos entrevistados, a vida inicia quando “... *no momento em que aquelas duas meias células se juntam e formam uma, ali começa*” (E14), pois aquela ínfima divisão celular já carrega consigo caracteres hereditários herdados de seus progenitores.

O segundo argumento, utilizado por outro grupo de entrevistados, tem como fundamento a tese neurológica, fase em que surgem os primeiros sinais primitivos do sistema nervoso central. A emergência dessa sensibilidade ocorre por volta do 22º dia da gestação. Assim como a morte de um indivíduo é estabelecida a partir do momento em que cessam seus sinais neurológicos, a definição do início da vida se daria a partir do aparecimento das estruturas nervosas. Dessa forma, de acordo com um dos entrevistados, seria coerente estabelecer que o início da vida e o seu término estariam relacionados aos processos neurológicos do indivíduo, pois, da mesma maneira que hoje a Medicina define a morte quando cessam os sinais neurais (morte cerebral), “... *que é uma coisa já estabelecida e aceita pela sociedade, pois ela não exige a necessidade de uma parada cardíaca. A morte cerebral é um conceito onde o cérebro não funciona mais. Então, se a morte acontece no cérebro, seria coerente a gente dizer que a vida também iniciaria com o desenvolvimento do cérebro*” (E10).

A terceira tese que emerge na narrativa dos profissionais da Medicina, entrevistados durante o trabalho de campo, toma como base para sustentar sua arguição a fase embriológica do desenvolvimento humano. Nesse período, há a configuração de uma estrutura individual em relação ao embrião, pois este não pode mais se fundir e nem se dividir em dois ou mais embriões. O décimo quarto dia é elencado como marco principal para o surgimento da vida humana pelos pesquisados. Isso ocorre porque, primeiro, ele se apresenta como a baliza em relação ao término da fixação do embrião no útero materno, “... *mas, principalmente, por indicar o fim do estágio indiferenciado do embrião, com a formação da linha primitiva, uma estrutura correspondente ao primórdio da medula espinhal. A partir da*

*emergência dessa estrutura, é possível falar em individualização do embrião, por este não poder mais se dividir em dois ou se fundir a outro” (LUNA, 2007: 223).*

Por fim, a postura dogmática é o quarto argumento utilizado pelo grupo de entrevistados para falar a respeito da atribuição do estatuto de pessoa ao embrião. Segundo eles, a ciência não tem a capacidade de definir o momento em que a vida humana inicia. Essa incapacidade deve-se ao fato de os conceitos de vida, morte, pessoa, indivíduo serem noções repletas de significados valorativos, que assumem uma característica heterogênea; por consequência, a moralidade intrínseca na definição dessas noções impede a construção de uma resposta única, uma vez que estas possuem vários significados, os quais dependem das crenças e representações sociais de cada indivíduo. Segundo o comentário de um dos médicos,

“... a ciência não tem como dizer quando que a vida humana inicia. Nós vamos ter que ser extremamente pragmáticos e delimitar que a vida humana começa neste momento aqui X para cima, porque isso é uma resposta que a ciência não pode dar. Vai ter que ser um dogma, alguma coisa criada. Mas eu acho que esse tipo de discussão na verdade não leva a nada. Porque a gente nunca vai chegar a uma conclusão, porque simplesmente eu acho que a gente não tem respostas” (E13).

A fala desse grupo enfatiza a importância de uma discussão ética sobre o estatuto de pessoa e de vida. O campo da bioética aparece, nesse sentido, como a esfera central para debater esses elementos na arena pública, pois permite eleger diversas possibilidades discursivas acerca do fenômeno apresentado. Se o desenvolvimento da ciência e da técnica impõe novas reflexões ao campo médico como, por exemplo, o sentido da vida e da morte, o respeito à autonomia da pessoa e aos seus direitos, dentre outros, o próprio paradigma médico é alterado, pois o campo da Medicina passa a confrontar-se com novas problemáticas que interferem nas suas ações e decisões, podendo repercutir de diferentes formas na sociedade. Essa problemática “... já não é exclusivamente adstrita à competência da perícia no âmbito da prática biomédica; ela é simplesmente humana, implica cada indivíduo e, no conjunto, toda a sociedade” (Zuben, 2006: 194).

Mesmo que a ciência não seja capaz de resolver essa questão, é preciso ressaltar que o discurso biologizante é central nas falas dos entrevistados, seja nas teses científicas, seja na perspectiva dogmática, que toma como símbolo principal a

bioética, campo predominantemente ocupado pelos profissionais das ciências naturais e da saúde. O referencial biológico é tomado como valor para definir, legítima e veridicamente, o estatuto de pessoa e o seu critério de individualidade, podendo justificar diferentes posições.

Embora os entrevistados afirmem, em um primeiro momento, que essa discussão é complexa, pois envolve significados e simbologias distintas, ao longo da sua narrativa a natureza emerge como critério essencial para descrever como se estabelece o início da vida, configurando, assim, um questionamento em torno dos significados e relações entre o natural e o sócio-cultural, uma vez que “... a definição do embrião com base em caracteres biológicos oculta as relações pelas quais ele se forma” (LUNA, 2007: 233).

A natureza, portanto, é socializada no sentido de ser compreendida como critério central para definir o estatuto de pessoa. Considerada como alicerce da realidade nas sociedades ocidentais, a partir do século XVIII, a natureza assume uma importância central para a organização social. A Biologia torna-se a base para estabelecer normatizações sobre a ordem social. É a partir dela que as intervenções político-institucionais procuram restabelecer o equilíbrio - entendido como sinônimo de harmonia, normalidade, integralidade – rompido, restaurando, assim, uma ordem (Luz, 1988). Os fenômenos sociais, por sua vez, passam a ser entendidos como secundários em relação à Biologia e, conseqüentemente, à Medicina.

É a partir dessa mudança epistemológica que é preciso pensar sobre os efeitos e condicionantes sócio-históricos da racionalidade científica moderna, pois, embora o organismo humano passa a ser percebido como real e concreto, sua origem é estritamente social, significando um construto social de determinado período histórico.

Embora historicamente<sup>175</sup>, a Antropologia tenha apresentado os conceitos de natureza e cultura como opostos<sup>176</sup>, como explica Luna (2007), as atuais

---

<sup>175</sup> O conceito científico de cultura surgiu com a Etnologia, que, assim como a Sociologia, passa, a partir do século XIX, a adotar a perspectiva positivista para abordar as questões referentes ao indivíduo e à sociedade sob o prisma científico. O referencial biológico já não é suficiente para explicar a diversidade humana, pois, ao mesmo tempo em que os etnólogos e os sociólogos da época “... partilham um mesmo postulado: o postulado da unidade do homem, herança da filosofia do Iluminismo” (CUCHE, 2002: 33), por outro, “... a questão colocada desta maneira, eles não podem se contentar com uma resposta biológica. Se eles reivindicam uma nova ciência, é para dar uma outra explicação à diversidade humana, diferente da existência de ‘raças’ diferentes” (CUCHE, 2002: 33).

<sup>176</sup> Cucho (2002) salienta que a noção de cultura está imbricada nas reflexões tecidas pelas ciências sociais, pois “... ela é necessária, de certa maneira, para pensar a unidade da humanidade na

transformações no campo biológico e médico e na sociedade de maneira geral abrem espaço para novas nuances e perspectivas para pensar sobre essa problemática. Os limites entre as definições de cultural e natural tornam-se cada vez mais tênues, pois a Biologia é alterada de modo contínuo pela intervenção técnica, como a Biotecnologia, por exemplo, que apresenta, através das técnicas de reprodução humana e até mesmo por meio de inovações no campo da terapêutica, novas possibilidades de conceber o corpo humano e as relações sociais da qual ele participa.

Da mesma forma que a noção de cultura, o conceito de natureza também é construído, leve-se em consideração a ruptura provocada na construção do conhecimento em razão da emergência da ciência moderna, que passa a perceber e explicar a realidade de maneira distinta em relação a períodos anteriores. Assim, o modo pelo qual a natureza é definida depende também do contexto histórico analisado, pois, como explica Aranha, “... a ciência não é um saber neutro, desinteressado, à margem do questionamento social e político acerca dos fins de suas pesquisas” (ARANHA: 1986: 116).

A incorporação de dados naturais (ou dados da natureza) para embasar argumentos e problemáticas, cuja origem é anterior ao próprio desenvolvimento da Biologia, como as discussões sobre o início da vida humana, além daquelas que se referem às questões de reprodução e demais representações sobre corpo, saúde e doença, é comum em todos os discursos apresentados na contemporaneidade, sejam eles de ordem técnica, política ou religiosa<sup>177</sup>.

Trazendo essa reflexão para o campo da Medicina, o entrelaçamento entre as categorias de cultura e natureza torna-se ainda mais visível: ora é o processo biológico que é socializado, ora são os dados sociais que são naturalizados.

---

*diversidade além dos termos biológicos*” (CUCHE, 2002: 09). O termo surge como contraponto à versão racial apresentada pela Biologia para explicar as diferenças entre os grupos sociais. Como os avanços genéticos têm apresentado dados que indicam que as diferenças genéticas são inexistentes entre as sociedades, as escolhas culturais auxiliam na explicação das diferentes formas de hábitos e de organização social das populações humanas, inclusive aquelas relativas às necessidades fisiológicas, como a fome, o desejo sexual, o sono, que variam de uma sociedade para outra.

<sup>177</sup> A maneira como foi conduzido, na sociedade brasileira, o debate sobre o uso de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa é um exemplo de como a descrição biológica sustenta as dinâmicas argumentativas correntes.

Esse quadro remete a seguinte problemática desenvolvida por Canghíhem (2006): qual seria a relação entre ciências e técnicas? No que tange à Medicina, esta seria uma ciência? Tais perguntas permitem refletir sobre como o próprio processo de racionalização científica desenvolveu-se nessa área de conhecimento, pois, ao mesmo tempo em que os médicos buscam “introduzir métodos de racionalização científica” para efetivar suas práticas profissionais, sua principal característica continua sendo ainda a clínica e a terapêutica, “... isto é, uma técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento” (CANGHILHEM, 2006: 07).

Para o autor, as ideias de normal e patológico são centrais para compreender o significado atribuído à natureza, quando são postos em discussão elementos relativos à saúde e à doença. A doença, representado o desequilíbrio do organismo humano, seria devidamente curada pela própria reação (positiva) que esse organismo teria diante da enfermidade. Assim, a técnica médica apenas imitaria<sup>178</sup> a “ação médica natural”<sup>179</sup>. Não é o resultado da técnica médica que é discutido nesse pressuposto, mas o próprio sentido da natureza.

Tal forma de pensamento predomina ainda hoje entre as representações dos médicos: seja a doença percebida a partir da teoria ontológica<sup>180</sup>, seja sustentada pela teoria funcional<sup>181</sup>. Seu ponto comum, porém, é perceber a doença como uma luta que o organismo desenvolve contra um agente estranho a ele. A doença é distinta da saúde e,

“... o patológico, do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definitivo, quer pela re-estruturação da totalidade orgânica. Essa heterogeneidade dos estados normal e patológico ainda é compreensível na concepção naturista que pouco espera da intervenção humana para a restauração do normal. A natureza encontraria os meios para a cura” (CANGHILHEM, 2006: 11).

---

<sup>178</sup> Reproduzir a ação médica natural não significa apenas “... copiar uma aparência, é reproduzir uma tendência, prolongar um movimento íntimo” (CANGHILHEM, 2006: 11).

<sup>179</sup> O organismo, na visão médica tradicional, “... desenvolve uma doença para se curar. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas” (CANGHILHEM, 2006: 10).

<sup>180</sup> A teoria ontológica refere-se àquelas doenças de carência e às infecciosas (ou parasitárias).

<sup>181</sup> A teoria dinamista ou funcional compreende todas as enfermidades caracterizadas pelas perturbações endócrinas e aquelas doenças caracterizadas como disfuncionais.

Essa visão de que é a própria natureza quem descobre os recursos necessários para restabelecer o estado de saúde do organismo começa a ser alterada timidamente com o passar do tempo. As inovações tecnológicas no campo da terapia corroboram para redefinir o leque de escolhas e olhares sobre aqueles aspectos considerados naturais ou inatos ao indivíduo. A própria noção de doença e seu desenvolvimento começam a ser questionados e relativizados pelos agentes sociais, inclusive, pelos próprios profissionais da saúde, cuja prática pauta-se tradicionalmente no discurso biologizante. O envolvimento com pesquisas de ponta, dentre elas os estudos com células-tronco, é percebido como uma possibilidade de mudar o curso natural, isto é,

“... a perspectiva de que tu realmente possas mudar a evolução natural de uma pessoa que tem um coração, por exemplo, doente, que tu possas renovar todo o coração dela através de células que sejam embrionárias e que tu possas transformar essas células em coração é uma coisa muito fascinante, embora ainda seja muito cedo para afirmar que isso realmente funcione” (E13).

“... imagina a possibilidade de tu criares uma válvula cardíaca para um indivíduo que teve um problema, teve uma infecção, teve miocardite, ele acabou perdendo a funcionalidade da válvula cardíaca e tu consegues fazer uma válvula nova em laboratório, totalmente compatível com a vida dele, e que isso não dará nenhum problema para ele, que não será preciso tomar anticoagulante, que ele não vai ter nenhum risco de formar algum trombo e fazer um AVC, que não será preciso trocar aquela válvula depois. Imagina! Isso é uma coisa fantástica. Imaginas tu consegues criar um órgão em laboratório!” (E12).

As limitações da natureza começam a ser alteradas no sentido de que a invenção de produtos tecnológicos e terapêuticos cada vez mais avançados permitem aos profissionais da Medicina exercer influência sobre o organismo humano, modificando até mesmo sua resistência e adaptabilidade às adversidades do meio.

O “poder” da natureza<sup>182</sup> não é mais unívoco; ela passa a ser manipulada de acordo com os interesses e demandas apresentados pela sociedade ou por determinados grupos sociais. A possibilidade apresentada pelas pesquisas de

---

<sup>182</sup> Um exemplo nítido do quanto as biotecnologias e as possibilidades de tratamento de enfermidades, além das próprias mudanças nos hábitos de consumo alimentar e de cuidado com o corpo (típicos de diversos grupos sociais do Ocidente) influenciaram o percurso natural do organismo humano é a expectativa de vida de várias populações que foi significativamente estendida ao longo do último século.

manipulação de células-tronco de (re)construir órgãos e tecidos do corpo humano artificialmente acena para uma nova configuração de sentidos, com o propósito de redefinir os limites e parâmetros das próprias concepções de natureza e cultura.

Os enunciados outrora considerados como opostos e excludentes passam a ser percebidos como justapostos. A natureza torna-se politizada e/ou culturalizada ao passo que a cultura sofre em vários aspectos um processo de naturalização. As inovações biotecnológicas, como a clonagem, a aplicabilidade de novos tratamentos e a emergência de possíveis terapêuticas para doenças degenerativas constituem exemplos do quanto essas fronteiras são instáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inovações tecnológicas decorrentes das descobertas científicas ocorridas ao longo do século passado e início deste século têm transformado significativamente determinados contextos presentes na sociedade ocidental. As novas tecnologias terapêuticas e de reprodução assistida, a Bioengenharia, a técnica da clonagem, os estudos de manipulação de células-tronco e a Nanotecnologia redesenham categorias e relações sociais, fazendo emergir novas representações sobre o corpo humano, a natureza e a cultura. Ao mesmo tempo em que são apresentadas ao público novas técnicas, velhos questionamentos as acompanham.

As interrogações sobre os alcances e limites da ciência provocam debates sobre as suas possíveis consequências para a humanidade. Promessas e profecias dividem o mesmo espaço. De um lado, a expectativa do desenvolvimento de novas tecnologias terapêuticas que possam minimizar, ou até mesmo curar, sintomas e doenças degenerativas; de outro, receios sobre a possibilidade de essas técnicas alterarem o destino humano e manipularem o corpo humano indiscriminadamente. Esses limites pragmáticos e o temor de manipular o futuro humano por meio dessas inovações tecnológicas abrem espaço para a discussão sobre a relação existente entre o campo científico e o “campo” ético.

Diante das possibilidades apresentadas pela Biologia existem, também, impossibilidades sociais que são continuamente readequadas. Tal aspecto extenso e provisional das práticas biológicas e das representações sociais explica os condicionantes circunstanciais em relação às novas descobertas científicas no campo da saúde, pois tanto a natureza humana quanto os sentidos das práticas dos agentes sociais modificam-se de maneira ininterrupta, reconfigurando categorias, sentidos e representações sobre o contexto social observado.

Portanto, o saber, aqui entendido como conhecimento científico, e o desenvolvimento caracterizam o modelo de desenvolvimento da sociedade moderna ocidental. A relação entre essas instâncias evidencia que esse saber, infinitamente cumulativo, desemboca sobre um poder técnico cada vez mais crescente, cujos produtos, em muitas situações, despertam velhas interrogações. É nesse ambiente que os estudos de manipulação de células-tronco precisam ser pensados e



analisados, visto que a ciência não se constitui em um campo autônomo e desinteressado, mas sintetiza relações e interesses diversos.

Se a prática científica resulta de um processo relacional, marcado por conflitos e interesses, a receptividade às novas tecnologias terapêuticas e de manipulação de células-tronco não pode ser entendida como unânime entre os profissionais da Medicina pesquisados. Ao contrário, essa receptividade depende da articulação entre as instâncias da vida social na qual se inserem as trajetórias sociais e profissionais desses profissionais.

É a partir da tessitura social na qual esses agentes sociais estão inseridos que é possível apreender os aspectos simbólicos que se interpõem diante de uma nova técnica. A deliberação não se dá pela autonomia radical do sujeito, pois a ação desse sujeito é marcada pelas lutas concorrenciais. Logo, a prática médica investida de um *habitus* específico é limitada por certas normas, aspecto este que retira do agente a característica de autonomia. É esse conjunto de padrões adquiridos (formas de pensar e de se conduzir, por exemplo) que interliga as estruturas sociais abstratas e a ação social concreta.

A construção do objeto “Biotecnologia e prática médica” possui muitas nuances. Ao analisar os aspectos técnicos e históricos referentes às pesquisas de manipulação de células-tronco, observa-se o quanto o desenvolvimento de novas tecnologias alterou a própria concepção da Medicina e, conseqüentemente, da própria sociedade sobre o organismo humano. A acumulação de conhecimento por parte da ciência moderna introduziu um novo olhar sobre os limites do corpo humano e as possibilidades terapêuticas para enfermidades consideradas até então incuráveis, estendendo, assim, a qualidade e a expectativa de vida da população.

Porém, se as pesquisas de manipulação de células-tronco já existem há algum tempo, como é o exemplo dos estudos voltados para a investigação de células progenitoras hematopoiéticas, é na década atual que o tema desperta com maior evidência, adquirindo um papel central e tornando-se “moda” no campo científico e social, como explicam alguns dos informantes.

Se as células-tronco e suas potencialidades de tratamento passam a ocupar um espaço central nos debates estabelecidos em eventos científicos e sociais, convergem também para estabelecer dúvidas e interrogações sobre as conseqüências provenientes de sua utilização. Esse aspecto está diretamente

relacionado à manipulação de células embrionárias em laboratório, provocando, assim, um debate polarizado sobre o estatuto jurídico da pessoa humana.

É nesse sentido que a Sociologia das Profissões e a Sociologia da Ética apresentam-se como recursos metodológicos para analisar o problema. Conforme já exposto anteriormente, a prática científica e sua legitimidade para desvendar os segredos do real e da natureza não se constitui em uma ação neutra e indiferente, mas é observada como prática social de poder, permeada por conflitos, jogos e competições em conquistar a autoridade e a legitimidade para dizer a verdade.

Nesse contexto, a profissão médica enquanto prática que busca intervir sobre o corpo humano para diminuir seu sofrimento apresenta-se como modelo paradigmático, pois concentra características imprescindíveis para uma profissão, quais sejam, o domínio sobre um saber, a autonomia, o prestígio, o status, o reconhecimento social e um capital cultural singularizado.

Embora a liberdade de ação do médico, isto é, sua capacidade de autorregular o próprio trabalho, seja considerada por Freidson (1978, 1998) como característica fundamental do exercício médico, é importante lembrar que esse campo também sofre pressões e influências diversas, muitas delas externas a ele. Aliados às características inerentes à Medicina, emergem conflitos de outra ordem, provenientes de interesses econômicos (cooperativas médicas), políticos (disputas e embates em torno das mudanças trazidas pela implantação do Sistema Único de Saúde), profissionais (lutas concorrenciais estabelecidas entre pares) e daqueles cuja origem está na demanda apresentada pelos próprios usuários de seus serviços. Assim sendo, a profissão médica consiste em um grupo social caracterizado pelas diferentes formas como seus integrantes mobilizam e apropriam-se de um tipo de capital específico, o capital cultural.

Esse capital cultural é adquirido ao longo do processo de aprendizagem do fazer Medicina, espaço em que ocorre a formação cognitiva e no qual são adquiridos os títulos e credenciais necessários para obter o reconhecimento social. É no ambiente da escola médica que os aprendizes de Medicina incorporam formas de pensamento e comportamento singulares e que servirão como auxílio para construir o campo em que estão inseridos como um mundo significativo. No entanto, a internalização dessas práticas não depende apenas do espaço de alta institucionalidade (a escola formal com seu currículo, etc.), como explica Moura (2001, 2004). Ao mesmo tempo em que os estudantes de Medicina adquirem na sala

de aula conhecimentos teórico-metodológicos e técnicos necessários para o exercício profissional, é na escola de baixa institucionalidade que eles aprendem como agir e pensar como médicos. As experiências repassadas pelos colegas e aquelas adquiridas no cotidiano do hospital junto aos mestres reforçam seus princípios de divisão, utilizados para observar e classificar a realidade encontrada nos hospitais, clínicas, laboratórios e no mundo social em geral.

Constituindo-se a Medicina em um campo entre tantos outros presentes no espaço social, torna-se salutar lembrar que os profissionais dessa área, além de transitar muitas vezes por instâncias distintas na sociedade, também ocupam posições hierárquicas, que são marcadas pelas disputas em manter ou alterar a hierarquia e os princípios de hierarquização do campo. Ao contrário da perspectiva weberiana, cuja tese parte do pressuposto de que o agente social teria a capacidade, através de sua ação, de mudar o curso da história, a perspectiva aqui defendida vai ao encontro do modelo bourdieuniano, para o qual a autonomia (ação) individual constitui-se em uma tessitura social, ou seja, em um jogo.

Diante da ação médica entendida como uma prática fundamentada na noção de interesse, que inclui interesses econômicos, políticos, culturais e simbólicos, as instâncias da vida social na qual se inserem as trajetórias sociais e profissionais dos médicos entrevistados constituem-se em elementos significativos para compreender como os valores que elas caracterizam operam nas tomadas de decisões ético-morais em relação às novas biotecnologias.

O conflito ético surge, portanto, a partir da nova configuração social, pois, ao mesmo tempo em que as bases da profissão médica são caracterizadas pela associação entre a pesquisa e a terapia, as relações diferenciais com o mundo do trabalho e os demais campos presentes na sociedade consolidam trajetórias diferenciadas entre os médicos. A construção dessa trajetória singularizada permite, conseqüentemente, a formação de um *ethos* peculiar, que irá influenciar distintamente no modo como o profissional da Medicina irá incorporar as inovações tecnológicas de seu setor.

Ao mesmo tempo em que os objetivos da prática científica lembram os objetivos pronunciados pelas novas tecnologias terapêuticas, observa-se a emergência de um novo campo de reflexão ética. Os comitês de bioética, os estudos de caso presentes nas instituições médico-hospitalares e as manifestações da sociedade sobre temas como células-tronco, clonagem, transplantes de órgãos,

dentre outros, evidenciam um deslocamento do debate sobre os impactos ocasionados pelo desenvolvimento da técnica em relação à consciência moral da sociedade.

A incorporação desse aparato científico à prática profissional impõe, assim, ao médico um novo contexto, no qual ele passa a ser percebido como um agente ético. Se até uma determinada época sua forma de agir estava limitada a uma circunstância, visível nas questões restritas ao paciente individual, no momento presente, esse agir ético ultrapassa as questões singulares relacionadas a esse paciente específico. O agente médico percebe-se como um sujeito que possui uma responsabilidade social dada através da forma como ele irá utilizar e aplicar as novas tecnologias no campo da saúde.

Tais mudanças ocorridas na prática médica precisam ser pensadas não apenas a partir das transformações que marcaram a história da profissão entre os séculos XIX e XX de um modo geral. É necessário também abordar as peculiaridades dessas transformações em um contexto social específico, pois é por intermédio desses elementos singularizados que se torna possível apreender o modo pelo qual as instâncias de formação profissional, aliadas às trajetórias particulares de cada um dos médicos, interferem e cristalizam suas representações sobre os estudos de manipulação de células-tronco.

Ao investigar um setor da comunidade médica no estado do Rio Grande do Sul foi possível apreender aspectos tanto de ordem simbólica quanto material em relação à organização de um agir profissional específico, principalmente quando ligado ao modo de perceber a evolução da tecnologia biomédica. Essa especificidade está arrolada a dois aspectos fundamentais: às características que marcaram a consolidação da profissão médica na região e à passagem de uma Medicina humanista para uma Medicina especializada. No que tange ao primeiro aspecto, é preciso lembrar que a polêmica gerada entre os integrantes do movimento positivista e anti-positivista no Rio Grande do Sul, até meados da década de quarenta do século passado, teve um papel decisivo na construção da profissão médica. O fato de o governo positivista na época reconhecer e legitimar a liberdade de atuação profissional levou aqueles médicos que tinham cursado formalmente um curso de Medicina a se organizarem e requererem autoridade, controle e legitimidade da prática profissional face àqueles considerados como curandeiros, charlatães, etc. O conflito estabelecido entre o campo político e o campo médico

implicou, conseqüentemente, a perda de qualquer apoio público em suas atividades. Esse distanciamento levou os profissionais da Medicina a estabelecerem entre si um forte sentimento de autonomia e corporativismo, atribuindo um valor positivo às tecnologias terapêuticas, pelo fato de elas sintetizarem a própria “evolução” da Medicina.

Contudo, essa mentalidade não se reflete necessariamente em atitudes abertas às inovações tecnológicas mais recentes como, por exemplo, as pesquisas de manipulação de células-tronco. Ao contrário, a receptividade em relação a esse tipo de estudo e tecnologia depende dos aspectos que marcaram o período de formação profissional. Enquanto aqueles informantes que se formaram até a primeira metade da década de setenta possuem um senso mais crítico e cético em relação às novas técnicas que são incorporadas ao setor da saúde, enfatizando a relação entre médico e paciente como algo imprescindível ao agir profissional, os médicos formados no período posterior percebem a relação entre a prática médica e a tecnologia como algo indivisível. A indivisibilidade atribuída à tecnologia e ao exercício médico é produto da nova forma de pensar a Medicina, quer dizer, a concretização da Medicina Baseada em Evidências nas últimas três décadas alterou a práxis médica, passando a enfatizar bem mais as evidências científicas, possíveis através da incorporação da tecnologia no cotidiano dos consultórios e dos hospitais, em detrimento da relação particularizada e de proximidade estabelecida com cada um dos pacientes em épocas anteriores.

Se a proximidade dos pacientes na atividade clínica, aliada ao tempo de exercício profissional, induz os médicos pesquisados, que exercem esse tipo de atividade, a estabelecerem um olhar mais descrente e hesitante em relação às tecnologias de manipulação de células-tronco, isso se deve, principalmente, à maneira pela qual eles problematizam a incorporação da técnica no cotidiano profissional. O argumento apresentado refere-se à importância atribuída à sensibilidade e exclusividade de cada caso investigado, as quais são possíveis a partir do diálogo estabelecido entre o médico e o enfermo. A elaboração de uma “boa entrevista”, conforme explicam os informantes que atuam na clínica médica, é que permite um diagnóstico acurado. A tecnologia deve ser utilizada apenas como um auxílio ao raciocínio clínico e nunca como ferramenta central no estabelecimento de um diagnóstico.

Da mesma forma que os profissionais entrevistados que atuam na clínica médica problematizam a interferência das inovações tecnológicas no exercício da Medicina liberal, os médicos pesquisadores, ouvidos ao longo dessa pesquisa, procuram trazer para si a legitimidade para tratar das questões técnicas relativas às pesquisas de manipulação de células-tronco, embora alguns deles reconheçam a importância de discutir tais questões na esfera pública, conjuntamente com membros de outros campos da sociedade.

A busca dessa autoridade e legitimidade para falar sobre questões referentes ao corpo humano e sobre a eticidade e pertinência da utilização de novas tecnologias terapêuticas no tratamento de enfermidades está ligada, neste estudo, às divergências presentes no contexto social investigado em torno do estatuto jurídico da pessoa humana. O desenvolvimento da terapia celular tem apontado e pressionado os órgãos responsáveis na liberalização de embriões criopreservados para investigações científicas, sob o argumento da liberdade de pesquisa, da utilidade social desses estudos e da autonomia e independência do país na produção de inovações tecnológicas e terapêuticas. Essa possibilidade apontada pelos cientistas mobilizou determinados setores da sociedade civil como, por exemplo, grupos religiosos e de portadores de doenças degenerativas, fomentando, conseqüentemente, uma discussão sobre a legalidade e eticidade desse tipo de procedimento científico.

A promulgação da Lei de Biossegurança, em 2004, inflamou ainda mais essa discussão, pois normatizou a utilização de embriões criopreservados há mais de três anos e sob a aquiescência dos genitores para estudos em laboratório. Essa decisão, após disputas e embates ideológicos, culminou no ano de 2007 em uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, cujo argumento central questionava a legalidade da norma, a partir do pressuposto de que a vida humana teria seu início no momento da fusão entre os gametas masculino e feminino.

Tais contendas reproduzem, no âmbito do sistema judiciário, o processo de dicotomização presente nos debates suscitados na esfera pública em torno de temas polêmicos, como é o caso dos estudos de manipulação de células-tronco. As posições pró-pesquisa, da mesma forma que os segmentos contrários a ela, embora defendam posições distintas, aproximam-se no momento em que apresentam os fundamentos de seus argumentos. Ambas e, conseqüentemente, a própria instância jurídica, assim como os integrantes do setor médico analisado nesta pesquisa,

incorporam em seus discursos parâmetros biológicos para definir o início da vida humana e, assim, legitimar seu raciocínio perante a sociedade.

A polarização do debate entre a ciência e a religião, embora esta última também recorra às teses biológicas para sustentar sua posição ideológica, abre espaço para a emergência de uma ação estratégica em detrimento de uma ação comunicacional. Desse modo, ao contrário do agir comunicativo, que constitui uma ação ética fundamentada na razão e no entendimento mútuo, possíveis através da interação entre os agentes sociais que discutem publicamente sobre os valores, as normas e suas consequências, gerando a partir dessa relação um consenso social, o agir estratégico tem por objetivo a realização de interesses particulares, procurando, conseqüentemente, influenciar as ações dos demais agentes sociais.

Nesse sentido, o que se tem observado no contexto nacional em relação à maneira como o debate sobre os estudos de manipulação de células-tronco foi conduzido até o final do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade é o embate entre duas perspectivas ideológicas, através das quais são traçadas as decisões e normas voltadas para a regulamentação do uso de embriões criopreservados para fins científicos.

No interior desse debate, não há espaço para o encontro de culturas paralelas que possam participar diretamente desse processo de deliberação. Logo, não há como pensar que a legalidade do uso desse tipo de material tenha sido produzida democraticamente, através da construção de um processo deliberativo, por meio do qual sejam produzidas normas válidas universalmente sobre os conflitos sociais.

Se o estatuto jurídico de pessoa humana não pode ser definido juridicamente pelo fato de representar um componente ético-moral passível de várias definições e interpretações, a dramatização realizada pelas audiências públicas tanto na instância legislativa, no momento da incorporação da temática células-tronco na Lei de Biossegurança, quanto na jurídica é a separação hierarquizada das posições. Quem delas participa são basicamente aqueles indivíduos que pertencem ao campo científico, médico, jurídico e religioso; os demais segmentos da sociedade acompanham de longe essas discussões. Essa distinção entre os técnicos e representantes religiosos, de um lado, e a massa, de outro, personifica as decisões do Estado.

Desse modo, a emergência de questões éticas e morais passa por tensões políticas e ideológicas. Entender como ocorre a receptividade de um setor da comunidade médica gaúcha às tecnologias de manipulação de células-tronco requer, portanto, uma análise das condições e fundamentos da constituição ético-moral desses agentes sociais. Se a moral dos antigos constituía-se em uma moral de circunstâncias, restrita a um mundo humano, isto é, a um determinado tempo e lugar, a base tecnológica da ação humana percebe essa ação além do tempo e do espaço. A ética da sociedade tecnológica não é mais circunstancial, mas assenta sobre o princípio da responsabilidade.

Enquanto no campo biomédico, caracterizado pela Medicina liberal, a ética era um elemento constituinte e estruturante do ato médico, no qual se estabelecia uma relação dialógica cuja ênfase estava direcionada em ouvir o relato do paciente, com o avanço da Medicina, a ética parece perder a primazia. O profissional da Medicina tem dificuldades, assim, para manter a atitude moral da paciência e da compaixão e, por consequência, a proximidade com o enfermo, o qual tende a não ser mais tratado como indivíduo. Em outras palavras: a incorporação massiva da técnica na prática profissional induz a uma perda do contato, da relação e da alteridade entre médico e paciente. É em razão dessas características e devido àquelas provenientes da sua trajetória social que os médicos clínicos pesquisados são menos receptivos às inovações tecnológicas que os médicos docentes e pesquisadores. A tecnologia, na sua percepção da realidade, não pode se configurar em um agente social, estatuto por ela atingindo na contemporaneidade; ela precisa ser percebida apenas como um instrumento auxiliar no exercício autônomo da prática médica.



## Referências Bibliográficas:

ABBOTT, Andrew. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *Filosofando: introdução à Filosofia*. São Paulo: Ed. Moderna, 1986.

ARON, Raymond. *As etapas do pensamento sociológico*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1987.

Barbosa, Maria Ligia de Oliveira. *A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto*. BIB. Rio de Janeiro Nº 36/setembro/1993. pg. 3-30.

BARTH, Wilmar Luiz. *Células-tronco e bioética: o progresso biomédico e os desafios éticos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. 331 p.

BAUER, M; AARTS, B. A Construção do Corpus : Um Princípio Para a Coleta de Dados Qualitativos. IN: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som – Um Manual Prático*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. (pg. 37 – 63).

BAUER, Martin; GASKELL, George. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. IN: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som – Um Manual Prático*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. (pg. 470-90).

Becker HS, Geer B, Hughes EC & Straus AL 1961. *Boys in white - student culture in medical school*. University of Chicago Press, Chicago, Illinois.

BONELLI, Maria da Glória et alli. *Profissões jurídicas identidades e imagem pública*. São Carlos: EDUFSCAR, 2006 . 179 pág.

\_\_\_\_\_. *Profissionalismo e política no mundo do direito: as relações dos advogados, desembargadores, procuradores de justiça e delegados de polícia com o Estado*. São Carlos: Edufscar, 2002. 303 p.

\_\_\_\_\_. Sociologia das profissões. In: *Teoria e pesquisa*. São Carlos, SP N. 28/29 (jan./jun. 1999), p. 1-95.

\_\_\_\_\_. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson. IN: *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo: Edusp, 1998. 280 pg.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004, 3ª ed. 179 p.

BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Ed. Edusp; Porto Alegre, Ed. Zouk, 2007. 560 pg.

\_\_\_\_\_. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 322 p.

\_\_\_\_\_. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 320 p.

\_\_\_\_\_. Novas reflexões sobre a dominação masculina. IN: LOPES, Marta J.; ESTRMANN, Dagmar M.; WALDOW, Regina (orgs). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p 28-40.

BOURDIEU, Pierre (et alli). *El oficio de sociologo*. 17ª ed. México: Siglo Veintiuno, 1994.

\_\_\_\_\_. *Réponses: pour une anthropologie reflexive*. Paris: Éditions du Seuil, 1992. 229 p.

\_\_\_\_\_. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990. 234 p.

\_\_\_\_\_. *Pierre Bourdieu – Sociologia*. São Paulo, Ed. Ática, 1983. 191 p.

\_\_\_\_\_. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. 208 p.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2006, 6ª ed. 293 p.

CAPONI, Sandra. *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico Del concepto de salud*. IN: História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, v. 4, nº 2, jul/out. 1997.

CASTILHOS, Clarisse C. Inovação. IN: CATTANI, Antônio (org.). *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002, 4ª ed., pg. 165-170.

CASTIEL, Luis D.; PÓVOA, Eduardo Conte. *Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências*. IN: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (1): 205-214, jan-fev, 2001.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Ed. Afrontamento, 4ª ed. 295 p.

CESARINO, Leticia da Nóbrega. *Nas fronteiras do “humano”: os debates britânico e brasileiro sobre a pesquisa com embriões humanos*. In: Revista Mana, V. 13. Nº 2, outubro de 2007, pg. 347-80.

COHN, Amélia. Estado, políticas públicas e saúde. IN: CANESQUI, Ana Maria. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997.

COLLINS, Randall. *Sociología de las filosofías: una teoría global del cambio intelectual*. Barcelona: Ed. Hacer, 2005.

CORADINI, Odaci Luiz. *O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a “crise da medicina” no Rio Grande do Sul*. IN: História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, V. 4, n. 2, jul/out. 1997.

CORBELLINI, Gilberto. Filosofia della medicina. IN: HENDRY, Robin. *Filosofie delle scienze*. Torino: Giulio Einaudi Editore, 2003. p. 213-248.

CORRÊA, Maíra B. *Ciência, tecnologia e sociedade*. IN: Revista Momento, nº 9, Ed. FURG, 1996.

CUCHE, Denys. *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: Ed. Edusc, 2ª ed, 2002. 256 p.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Ed. Atlas, 3ª ed., 1995.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna. *Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa*. IN: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432 p.

DESCARTES, René. *Regras para a orientação do espírito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999. 151 p.

DONNANGELO, Maria C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174 p.

DREXLER, Eric. *Engins de création: l'avènement des nanotechnologies*. Paris: Ed. Vuibert, 2005.

DUARTE, L. F. D. *Ética de pesquisa e "correção política" em Antropologia*. IN: VICTORA, C.; OLIVIEN, R.; MACIEL, M. E. & ORO, A. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF-ABA, 2004, pg. 25-130.

DUMONT, Louis. *Homo Hierarchichus*. São Paulo: Ed. Edusp, 1992.

DURKHEIM, Émile (et al). *Introdução ao pensamento sociológico*. São Paulo: Ed. Centauro, 2001. 252 p.

DURKHEIM, Émile. *Ética e sociologia da moral*. São Paulo: Ed. Landy, 2003.

\_\_\_\_\_. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1995. 483 p.

\_\_\_\_\_. *Sociologia e Filosofia*. São Paulo: Ed. Ícone, 1994. 147 p.

ECHEVERRÍA, Javier. *Introdução à metodologia da ciência*. Coimbra: Almedica, 2003.

ENGELHARDT, Hernest T. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998. 518 p.

FLICHY, Patrice. *L'innovation technique - récents développements en sciences sociales: vers une nouvelle théorie de l'innovation*. Paris: La Découverte, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: E. Graal, 2006.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2004, 6ª ed. 231 p.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo: Edusp, 1998. 280 pg.

\_\_\_\_\_. *La profesión médica - um estudio de sociologia del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ed. Península, 1978. 373 p.

FREITAG, Bárbara. *Itinerários de Antígona: a questão da moralidade*. Campinas: Ed. Papirus, 1992. 308 p.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1999. 5ª Ed.

GOLDIM, José Roberto. *Bioética: origens e complexidade*. IN: Revista HCPA, 2006; 26 (2), pg. 86-92.

HABERMAS, Jünger. *O futuro da natureza humana*. São Paulo: Martins Fontes, 2004a. 159 p.

\_\_\_\_\_. *A ética da discussão e a questão da verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2004b. 69 p.

\_\_\_\_\_. *Verdade e Justificação*. São Paulo: Ed. Loyola, 2004. 330 p.

\_\_\_\_\_. *Para a reconstrução do materialismo histórico*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2ª ed, 1990.

\_\_\_\_\_. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 2ª ed., 2003. 236 p.

HELMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença*. São Paulo: Ed. Artmed, 2006, 4ª ed. 408 p.

JONAS, Hans. *O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2004. 278 p.

\_\_\_\_\_. *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilization technologique*. Paris: Ed. du Cerf, 1990.

JOSÉ, Lluís Montoliu. *Células-tronco humanas: aspectos científicos*. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 21-59.

KAUFMANN, Mauro L. *Na fronteira da emancipação e da colonização através do processo de doação de órgãos*. Dissertação de Mestrado (170 f.). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LACADENA, Juan Ramón. *Experimentação com embriões: o dilema ético dos embriões excedentes, os embriões somáticos e os embriões partenogénéticos*. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 65-99.

\_\_\_\_\_. *Um comentário sobre o projeto de lei do governo espanhol que modifica a Lei 35/1988, de 22 de novembro, sobre técnicas de reprodução assistida*. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 265-282.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei por meio do qual se modifica a Lei 35/1988, de 22 de novembro, sobre técnicas de reprodução assistida. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 283-94.

LADRIÈRE, Paul. *Pour une sociologie de l'éthique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001. 454 p.

LALLEMENT, Michel. *História das idéias sociológicas: de Parsons aos contemporâneos*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004, 2ª ed. 341 p.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação : como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Ed. da UNESP, 2000. 438 p.

\_\_\_\_\_. *A vida de laboratório : a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 310 p. : il.

LEANDRI, Ricardo González. *Las profesiones: entre la vocación y el interés corporativo – Fundamentos para su análisis histórico*. Madrid: Catriel, D. L. 1999. 160 p.

LOJUDICE, Fernando H.; SOGAYAR, Mari C. *Células-tronco no tratamento e cura do diabetes mellitus*. IN: *Ciência e Saúde*, 13 (1): 19-21, 2008.

LUNA, Naara. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 300 p.

\_\_\_\_\_. *A personalização do embrião humano: da transcendência na biologia*. IN: *Revista Mana – Estudos de Antropologia Social*. V. 13. Nº 2, outubro de 2007, pg. 411-40.

\_\_\_\_\_. *Provetas e Clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*. 2004. 411 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LUZ, Madel T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1988.

\_\_\_\_\_. *As instituições médicas no Brasil – instituição e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed. 1986. (II Parte).

MACHADO, Maria H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244 pg.

\_\_\_\_\_. *Sociologia das Profissões: uma contribuição ao debate teórico*. IN: MACHADO, Maria H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MATTA, Roberto da. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 6ª ed., 1997. 350 p.

MARCET, Glória Poal. *Entrar, quedarse, avanzar: aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI, 1993).

MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg.

MARX, Karl. *Conseqüências sociais do avanço tecnológico*. São Paulo: Ed. Populares, 1980, v. 1.

MAUSS, Marcel. 1974a. "As técnicas corporais". In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, EPU & EDUSP. V. 2, p. 209-233.

MAUSS, Marcel. 1974b. "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'". In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, EPU & EDUSP. V. 1, p. 207-39.

\_\_\_\_\_. "A alma, o nome e a pessoa". IN: *Antropologia*. São Paulo: Ed. Ática, 1979, pg. 177-80.

MENÉNDEZ, Eduardo L. *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, 2003, vol.8, no.1, p.185-207.

MERQUIOR, José G. *Rosseau e Weber: Dois estudos sobre a teoria da legitimidade*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1980.

MERTON, Robert K. *Sociologia: Teoria e Estrutura*. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970. 758 p.

\_\_\_\_\_. *The student-physician : introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University, 1957. 360 p.

MINAYO, Maria C. de S. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993. 2ª ed.

MOREL, Regina L. *Ciência e Estado: a política científica no Brasil*. São Paulo: Ed. T. A. Queiroz Ltda, 1979.

MOURA, Luís C. S. de. *A face reversa da educação médica: um estudo sobre a formação do habitus profissional no ambiente da escola paralela*. Porto Alegre: AGE: SIMERS, 2004. 160 p.

\_\_\_\_\_. *A face reversa da educação médica: um estudo sobre a formação do habitus profissional*. Dissertação de Mestrado (170 f.). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. *Merton e a sociologia médica*. IN: *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 159-172.

OLIVEIRA, Renato de. *Éthique et medecine au Brésil – Etude sur les rapports entre le débat sur l'éthique médicale et la participation politique des médecins brésiliens*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion, 2000. V. 1 e 2.

ORTIZ, Renato. A procura de uma sociologia prática. IN: *Pierre Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ed. Ática, 1983, pg. 7-36.

PARSONS, Talcott. Uma abordagem analítica para a teoria da estratificação social. IN: AGUIAR, Neuma. *Hierarquia em classes*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

\_\_\_\_\_. O conceito de sistema social. IN: CARDOSO, F. H.; IANNI, O. *Homem e sociedade*. São Paulo, Cia Editora Nacional, 1973.

\_\_\_\_\_. *Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice*. Glencoe, IL: Free Press, 1951.

PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Ed. Unesp, 2005. 277 p.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001. 232 p.

\_\_\_\_\_. *A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica*. IN: Cadernos de Saúde Pública. V. 11, n. 4, out/dez. 1995.

PLETTENBERG, Walther von. Células-tronco: legislação, jurisprudência e doutrina na Alemanha. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 191-215.

PLOMER, Aurora. Direito, ética e política em relação à pesquisa com células-tronco no Reino Unido e nos Estados Unidos. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 119-43.

QUEIROZ, Eça de. "Singularidades de uma rapariga loura". IN: QUEIROZ, Eça de. *Contos*. São Paulo: Brasiliense, 1961. 279 p.

REGO, Sergio. O processo de socialização profissional da medicina. IN: MACHADO, Maria Helena (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1995. p. 119-132.

RODRIGUES, Maria de Lourdes. *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997. 166 pg.

SÁNCHEZ, Pedro Cuevas. Utilização das células-tronco na terapia celular da medicina regenerativa. Realidades e fantasias. IN: MARTÍNEZ, Julio Luis (org.). *Células-tronco humanas: aspectos científicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Ed. Loyola, 2005, pg. 61-64.

SANTOS, Pedro M. Profissão médica no Brasil. IN: MACHADO, Maria Helena (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1995. p. 97-118.

SCHUMPETER, Joseph. *Teoria do Desenvolvimento Econômico*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SEVÈ, Lucien. *Para uma crítica da razão bioética*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 422 p.

SOARES, Milena B. P.; SANTOS, Ricardo Ribeiro dos. *Terapia com células de medula óssea para cardiopatia chagásica e hepatopatias crônicas: do modelo animal para o paciente*. IN: Ciência e Saúde Coletiva, 13 (1): 15-22, 2008.

STEPKE, Fernando Lolas. *Bioética e Medicina: aspectos de uma relação*. São Paulo: Ed. Loyola, 2006. 175 p.

STEREN, Tânia. *Carreira profissional e gênero: a trajetória de homens e mulheres no contexto da feminização da medicina*. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

TAGUIEFF, Pierre-André. *L'espace de la bioéthique*. Esquisse d'une problématisation. Paris, Res Publica, nº 21, 1995. p. 30-7.

THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1980.

TRIGUEIRO, Michelangelo G. S. O que foi feito de Kuhn? O construtivismo na sociologia da ciência: considerações sobre as práticas das novas biotecnologias. IN: TRIGUEIRO, Michelangelo G. S. *A Alavanca de Arquimedes*. Brasília: Paralelo 50, 1997.

WEBER, Beatriz. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no RS. IN: SILVA, Mozart Linhares da (org.). *História, Medicina e Sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 95-128.

\_\_\_\_\_. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1989/1928*. Santa Maria: Ed. UFSM; Bauru: EDUSC, 1999. 250 pg.

WEBER, Max. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. São Paulo: Ed. Companhia das letras, 2004.

\_\_\_\_\_. *Metodologia das ciências sociais – parte 2*. São Paulo: Ed. Unicamp, 2001.

\_\_\_\_\_. Sobre algumas categorias da sociologia compreensiva. IN: WEBER, Max. *Metodologia das Ciências Sociais*. São Paulo: Ed. Cortez, 3ª ed., 2001, pg. 313-348.

\_\_\_\_\_. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1985, 4ª ed. 233 p.

\_\_\_\_\_. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

\_\_\_\_\_. *Max Weber - Sociologia*. São Paulo: Ática, 1979. 168 p.

\_\_\_\_\_. *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1970.

ZUBEN, Newton Aquiles von. *Bioética e tecnociências: a saga de Prometeu e a esperança paradoxal*. Bauru: Ed. Edusc, 2006. 280 p.

### Referências Bibliográficas Complementares:

Conselho Federal de Medicina. IN: <http://www.portalmedico.org.br/>, em 19 de janeiro de 2009.

Ministério da Educação. IN: <http://www.educaçãosuperior.inep.gov.br>, em 05 de novembro de 2008.

Supremo Tribunal Federal: IN: <http://www.stf.br>, em 31 de julho de 2008.



Revista Ciência Hoje. IN: <http://www.comciencia.br/reportagens/celulas/02.shtml>, em 07 de novembro de 2008.

Revista Ciência Hoje. IN: <http://www.comciencia.br/reportagens/celulas/08.shtml> em 05 e novembro de 2008.

Revista Consultor Jurídico. IN: <http://www.conjur.com.br/static/text/66707,2>, em 05 e novembro de 2008.

Jornal Nacional. IN: <http://jornalnacional.globo.com>, em 23 de fevereiro de 2006.

Exposição Memória Médica do Rio Grande do Sul, 2004.

Resolução CNS, Nº 196/6.

Lei de Biossegurança.

ANEXOS

**Anexo 1:**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
DOUTORANDA: Mari Cleise Sandalowski**

**Título do trabalho de tese:** *“Senhores do destino? A trajetória profissional como elemento condicionante à receptividade das novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco em um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul”*

**Formulário de pesquisa:**

01. **Número da entrevista:** \_\_\_\_\_
02. **Cidade/Estado em que nasceu:** \_\_\_\_\_
03. **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
04. **Profissão do pai:** \_\_\_\_\_ **Profissão da mãe:** \_\_\_\_\_
05. **Escolaridade do Pai:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade da mãe:** \_\_\_\_\_
06. **Estado civil:** \_\_\_\_\_
07. **Profissão do cônjuge:** \_\_\_\_\_
08. **Tem filhos?** \_\_\_\_\_ **Quantos?** \_\_\_\_\_
09. **Opção pela medicina:**
  - a. ( ) identificação com familiares médicos
  - b. ( ) interesse nos assuntos tratados pela Medicina
  - c. ( ) Perspectiva de ganhos financeiros
  - d. ( ) Status/prestígio
  - e. ( ) Humanitarismo, desejo de ajudar
  - f. ( ) Outro
10. **Faculdade na qual se formou:** \_\_\_\_\_
11. **Ano de formatura:** \_\_\_\_\_
12. **Ano do primeiro trabalho como médico:** \_\_\_\_\_
13. **Local e cidade do primeiro trabalho como médico:** \_\_\_\_\_
14. **Qual sua especialidade médica:** \_\_\_\_\_

**15. Titulação já obtida:**

- a ( ) Graduação
- b ( ) Residência médica
- c ( ) Especialização
- d ( ) Mestrado
- e ( ) Doutorado
- f ( ) Pós-Doutorado
- g ( ) Livre-Docente

**11. Área de atuação (marcar mais de uma resposta, se necessário):**

- a ( ) Docência b ( ) Pesquisa ( ) Clínica ( ) Cirurgia ( ) Administração

**12. Modalidade de trabalho (marcar mais de uma resposta, se necessário):**

- a ( ) instituição pública (hospital, unidade sanitária, posto de saúde, etc.)
- b ( ) empresa privada (hospital, sanatório, clínica, laboratório, etc.)
- c ( ) consultório particular individual
- d ( ) consultório particular compartilhado

**13. Se possui consultório particular, ele é de que tipo?**

- a ( ) próprio
- b ( ) alugado
- c ( ) cedido

**Anexo 2:****ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA MEDICINA:****1. Opção pela medicina**

- a) Motivo da escolha da profissão

**2. Histórico familiar**

- a) Existência de outros familiares no exercício da medicina?
- b) Ajuda dos pais na formação universitária
- c) Valores passados pela família

**3. Falar sobre a formação médica**

- a) Período de estudos universitários
- b) Fatos marcantes na época de faculdade
- c) Influências exercidas por docentes, etc.
- d) Mudanças após a formatura

**4. Histórico Profissional**

- a) Relatos de como evolui profissionalmente até a situação atual
- b) Período de residência médica
- c) Primeiro emprego,
- d) Primeiro consultório
- e) Estratégias de construção da carreira profissional
- f) Além da medicina, em que atividades o senhor esteve envolvido ao longo destes anos?

**5. Sobre a Medicina**

- a) Sobre o contexto da medicina naquela época o que o (a) senhor (a ) teria a dizer?
- b) E em relação à medicina atualmente? Quais os aspectos positivos e negativos que o (a) senhor (a) destacaria?

- c) Que diferenças e semelhanças o (a) senhor (a) destacaria entre a medicina de outrora e a medicina que é praticada atualmente?
- d) O que o (a) senhor (a) tem a dizer sobre a medicina no Rio Grande do Sul?
- e) Qual o tipo de tecnologia com a qual o (a) senhor (a) teve contato pela primeira vez? O que o (a) senhor (a) sentiu ao se deparar com essa tecnologia?

### **6. Sobre Novas Tecnologias Médicas**

- a) E do ponto de vista do desenvolvimento técnico da medicina, que mudanças o senhor (a) destacaria?
- b) Qual sua opinião sobre as novas tecnologias que vem sendo utilizadas na área da medicina?
- c) O que o senhor (a) pensa sobre as pesquisas com células-tronco e sobre suas possibilidades terapêuticas? Qual o seu grau de conhecimento sobre o assunto?
- d) Como o senhor (a) avalia a utilização dessas tecnologias na prática médica?
- e) Quais os aspectos positivos e negativos que o senhor (a) destacaria em relação ao uso da medicina regenerativa, que têm por objetivo encontrar possibilidades de cura para doenças consideradas atualmente como degenerativas (diabetes, mal de Alzheimer, etc.)? Por quê?
- f) Na sua opinião, como estas novas tecnologias biomédicas se inserem no contexto do Rio Grande do Sul?

**7. O (a) senhor (a) gostaria de falar mais alguma coisa que eu não perguntei?**

**Anexo 3:****ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA BIOLOGIA:****1. Opção pela biologia**

- a) Motivo da escolha da profissão.
- b) Possui alguma formação moral específica, por influência familiar ou outra, que gostaria de referir?
- b) Por que a escolha pela genética?
- c) Como começou a pesquisar células-tronco?

**2. Contexto das pesquisas com células-tronco**

- a) O que são células-tronco.
- b) Características dos estudos com células-tronco no Brasil – contexto histórico. Como surgiram. E no RS?
- c) O que há de concreto na pesquisa de base sobre células-tronco.
- d) O que o senhor (a) pensa sobre as pesquisas com células-tronco e sobre suas possibilidades terapêuticas? Qual a inserção dos pesquisadores (as) do Estado no cenário nacional e internacional no que diz respeito a esta temática?
- e) Quais as dificuldades encontradas na realização deste tipo de pesquisa? E as facilidades?

**3. Questões ético-morais**

- a) Como o senhor (a) definiria a noção de pessoa?
- b) Sobre a experimentação com embriões, o que o senhor (a) teria a dizer.
- c) Aspectos científicos e ético-morais das pesquisas com células-tronco adultas e embrionárias.
- d) E sobre a tentativa de definir o momento em que inicia a vida humana, qual sua opinião?
- e) Qual a realidade das pesquisas com células-tronco hoje no RS?

**4. O senhor (a) gostaria de falar mais alguma coisa que eu não perguntei?**

**Anexo 4:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** “Senhores do destino? A trajetória profissional como elemento condicionante à receptividade das novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco em um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul”

**Pesquisadora responsável:** Mari Cleise Sandalowski

**Orientador:** Renato de Oliveira

O senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo, que tem como objetivo principal investigar como as trajetórias sociais e profissionais dos médicos gaúchos influenciam na sua receptividade às novas tecnologias na área medicina regenerativa, buscando analisar se o campo médico é determinante para a formação do *habitus* médico em qualquer latitude ou se as comunidades médicas particulares partilham experiências próprias em outras instâncias da vida social que interagem com o campo médico. Meu nome é Mari Cleise Sandalowski, aluna do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS. Os dados da pesquisa serão utilizados para a elaboração da minha tese de doutorado.

As entrevistas serão anônimas; portanto, não existe qualquer possibilidade de identificação do entrevistado durante a transcrição dos dados ou na apresentação dos resultados. Se houver alguma citação de depoimento, será especificado somente o sexo e a especialidade do respondente. As entrevistas serão gravadas, tendo uma duração aproximada de uma hora cada uma.

A sua participação tem um caráter voluntário, esclarecendo que você pode se retirar a qualquer momento do estudo.

O meu telefone residencial é (55) 3223.9297 e meu celular é (55) 9966.5084. O ramal do Programa de Pós-Graduação em Sociologia é (51) 3316.6635.

Mari Cleise Sandalowski

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Ciente: \_\_\_\_\_



**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO(CIP)**  
**BIBLIOTECÁRIO RESPONSÁVEL: Tatiane Soares Jesus CRB-10/1871**

S213s Sandalowski, Mari Cleise  
Senhores do destino? A trajetória profissional como elemento condicionante à receptividade das novas tecnologias terapêuticas de manipulação de células-tronco em um setor da comunidade médica do Rio Grande do Sul / Mari Cleise Sandalowski .  
– Porto Alegre, 2009.  
256 f.

Tese (Doutorado em Sociologia)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, BR-RS, 2009.  
Orientador: Prof. Dr. Renato de Oliveira.

1. Sociologia. 2. Novas tecnologias.  
3. Profissão médica. 4. Trajetórias de vida.  
5. Células-tronco. I. Título.