UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA

MAFOANE ODARA POLI SANTOS

**MÉDICOS E PACIENTES TÊM SEXO E COR?
A PERSPECTIVA DE MÉDICOS SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NA PRÁTICA AMBULATORIAL**

SÃO PAULO
2012

MAFOANE ODARA POLI SANTOS

**MÉDICOS E PACIENTES TÊM SEXO E COR?
A PERSPECTIVA DE MÉDICOS SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NA PRÁTICA AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como pré-requisito para obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Campo de conhecimento: Psicologia
Social e do Trabalho

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Silvia
Facciolla Paiva

SÃO PAULO
2012

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Santos, M. O. P.

Médicos e pacientes têm sexo e cor? A perspectiva de médicos sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial / Mafoane Odara Poli Santos – São Paulo: s.n., 2012. – 177 p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Silvia Facciolla Paiva

1. Determinantes sociais em saúde; 2. Raça; 3. Gênero;
4. Formação médica; 5. Relação médico-paciente; 6. Racismo;
7. Branquitude; 8. Direitos Humanos I. Título

**MÉDICOS E PACIENTES TÊM SEXO E COR?
A PERSPECTIVA DE MÉDICOS E RESIDENTES
SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NA PRÁTICA AMBULATORIAL**

Mafoane Odara Poli Santos

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Vera Silvia Facciolla Paiva - _____

Prof^ª. Dr^ª Lilia Blima Schraiber - _____

Prof^ª. Dr^ª Maria Aparecida Silva Bento - _____

Prof _____ - _____

Prof _____ - _____

Dissertação defendida e aprovada em ____/____/____

Saber pensar não é só pensar. É também, e, sobretudo, saber intervir.
(Pedro Demo)

*[...] eu nem sabia que existia essa pergunta: “o que é ser negro?”.
Nós professores de medicina, somos médicos e por mais que a gente
queira trazer à tona alguns aspectos nunca será, eu acho, com essa
profundidade que você [psicóloga] faz numa única palavra.
(Dr. Dennis)*

Listas de Ilustrações

Gráfico 1 - Pedidos de licença e de carta provenientes do Brasil.....	27
Tabela 1 - Perfil dos entrevistados.....	53
Tabela 2 - Frequência de respostas sobre relações raciais na saúde.....	103
Tabela 3 - Correlação entre determinantes sociais e agravos em saúde.....	136
Tabela 4 - Fatores que influenciam a relação médico-paciente.....	149

Listas de Siglas

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas
CEERT - Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades
CaPPesq - Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde
CNE/CES - Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DSS - Determinantes Sociais de Saúde
DFID – *Department for International Development*
FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HND/NP - História Natural da Doença e Níveis de Prevenção
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
OMS - Organização Mundial da Saúde
PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PSF - Programa Saúde da Família
RAIS - Relação Anual das Informações Sociais
SIICUSP - Simpósio Internacional de Iniciação Científica
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

Agradecimentos

Depois de tanto tempo, dedicação e esforço é chegada a hora do agradecimento pela felicidade que sinto em concluir este trabalho que só agora enxergo tão intenso, instigante e revelador. Intenso pela amplitude e depois profundidade que a pesquisa alcançou; instigante pela complexidade e magnitude das informações e descobertas; e, revelador por trazer à tona um pouco mais de quem eu sou e confirmar minhas certezas de que outras relações são possíveis.

À benção Vovó Dirce, matriarca, equilíbrio espiritual e fonte de amor e renovação da nossa família.

À benção D. Neuza, minha mãe, a grande referência em todas as dimensões da minha vida, fonte de força, renovação e amor, minha grande inspiração.

À benção Sr. Ivair, pai, meu mentor, inspiração e apoio para todas as minhas escolhas.

À benção todos os Deuses, Deusas, Santos, Santas e Orixás que cuidam de mim, pois se eu tenho alguma certeza é que eu sou muito bem cuidada por todas as entidades espirituais.

Agradeço a minha orientadora, Vera Paiva, que há 12 anos escolhi como minha mentora, por sua incrível capacidade intelectual, humildade para aprender comigo e reconhecer suas limitações e seriedade no desempenho de suas atribuições. Você soube acolher meus sonhos, respeitar minha história e contribuir significativamente para que eu me tornasse uma pesquisadora e para que pudesse traduzir meus sonhos no papel.

Obrigada Marco Antônio, pelo amor e apoio incondicional que me manteve acordada, firme e determinada e pelo companheirismo de todos esses anos.

Husani Kamau, meu irmão, melhor amigo e incentivador desde o início dessa longa jornada.

Handemba Mutana, um companheiro de muitas madrugadas e que acompanhou cada momento e cada linha da escrita dessa dissertação. Orgulho-me de poder chamar de irmão.

Tetembua Dandara, o perfeito exemplo que tenho sobre determinação e brilhantismo no que faz, sem falar no companheirismo a qualquer hora próprio de uma irmã.

Kwame Yonatan, o grande intelectual e companheiro de profissão com quem muito aprendi durante embates teóricos próprios de um Titã.

Todo o meu carinho aos meus tios Carlos, Ivamar, Luiz César e Davi e também às minhas queridas tias Ilsa, Ivani e Odila.

Aos meus primos e primas, Luiz Cesar Junior, Sandra, Dida, Tenka, Sara, Mayara e Kelly, o mesmo carinho por todo apoio e incentivo, eis a minha família.

Há uma família estendida a quem também devo muito agradecer D. Sebastiana, D. Dinorá, Sr. Batista, Pamela, Simone, Kesia, Cristiano, Viviane, Lucas, Luiza, João Victor e Emily, pessoas queridas que me adotaram como filha, irmã e tia.

Aos queridos bolsistas e companheiros de pesquisa, devo menção especial por todas as reuniões, entrevistas e imensuráveis contribuições. Obrigada Marina Colosso (amiga e grande pesquisadora), Jéssica Huang (corajosa, profissional e incrível pesquisadora), Michaela Struharova (amiga e companheira de tema), Juliana Gonzales (promissora pesquisadora), Natalie de Sá (corajosa e decidida) e Claudio Kazuo (crítico e provocador). Com vocês, eu poderia, de uma só vez, desenvolver várias dissertações.

Agradeço minhas professoras, Maria Aparecida Silva Bento, Iray Carone, Fernanda Lopes, Lia Vainer Schucman, Ianni Scarcelli, Adriana Marcondes, Cris Rocha, Gê Eisenlohr, Yara Sayão e Lilia Blima Schraiber, minhas grandes referências como mulheres e que, por caminhos diferentes, me conduziram para a psicologia social e para a pesquisa e, além disso, contribuíram para a minha formação como mulher negra.

Aos meus professores, André Mota, Ivan Junior, José Ricardo Ayres, Alessandro dos Santos, Luis Yu, Cesar Ades e Leon Crochick, meus mestres da certeza e conhecimento.

A todos os médicos e médicas participantes, meu especial agradecimento pela valiosa contribuição na construção dessa pesquisa. Cada entrevista fortalecia a certeza da necessidade de sua participação para que pudessem diminuir o racismo, machismo e sexismo e a discriminação com base em qualquer marcador da diferença.

Aos amigos do dia, Leandro Santos, Marcos Rezende, Daniel Mbuta, Junior Kaia, Jorge Oliveira, Lindemberg e Weber, o meu “muito obrigada” pela luz, norte e claridade.

Aos meus amigos de todas as horas, Flávia Monteiro, Mark Van Loo, Edmilson Alves, Bel Santos e Mércia Consolação, agradeço por toda a proteção espiritual, força e inspiração com as quais pude seguir em frente sem medo e sem receio.

Aos meus queridos companheiros de trabalho, Mônica de Roure, Priscila, Gabriel, Gustavo, Claudia, Rodrigo e Grasiella, agradeço a paciência por minhas ausências. Graças a sua compreensão e apoio pude estudar horas a fio.

Obrigada Eliane Silva e Myriam Chinalli pelo incrível trabalho de revisão na qualificação e dissertação.

Agradeço à Vera Ostronoff pela imensurável contribuição no meu processo de autoconhecimento e construção de uma base firme onde eu pudesse caminhar tranquilamente.

À geração de ativistas do movimento negro, do qual meus pais participaram que lutou pelo reconhecimento do racismo e do sexismo e abriu espaço para que a minha geração seguisse buscando a igualdade e novas relações entre brancos e negros.

À minha geração de ativistas do movimento negro e juventude negra que direta ou indiretamente me inspirou a mudar o mundo.

Resumo

Embora sejam grandes os progressos com a promulgação da Constituição de 1988, que garante constitucionalmente a saúde como direito de todos e dever do Estado, esse direito não tem sido assegurado no mesmo nível e com a mesma qualidade de atenção, em especial, para a população negra. Depois de uma revisão sobre a história a influência das teorias racialistas e de gênero como categoria de análise na medicina, discute-se uma síntese da história recente das práticas médicas no Brasil e a reflexão crítica sobre essas práticas centradas no tecnicismo.

O objetivo deste estudo, parte da linha de pesquisa “Pesquisa Psicossocial da Desigualdade: Relações Étnico-raciais”, foi descrever que sentidos e significados médicos e médicas conferem aos temas médico-sociais na sua trajetória e formação, especialmente como concebem os determinantes sociais de gênero e raça

Foram entrevistados 25 médicos (13 médicos e 12 médicas) que orientam e são preceptores de alunos da residência médica em um hospital universitário. O roteiro abordava o perfil sócio-demográfico e sua trajetória profissional; o seu nível de conhecimento e contato com os determinantes sociais (pobreza, gênero, cor/raça, nacionalidade, religião dos diferentes grupos populacionais) durante a formação acadêmica; que fatores consideravam relevantes para uma boa relação médico-paciente; seu conhecimento sobre Direitos Humanos e os princípios do Sistema Único de Saúde; as experiências na relação médico-paciente e de cuidado.

Depois de um aquecimento propiciado pela situação da entrevista, entre os resultados, o estudo permitiu observar como os médicos entrevistados reconhecem alguns marcadores sociais da diferença que se transformam em desigualdade, os lugares sociais diferentes para homens e mulheres, brancos, amarelos e negros, lugares de maior ou menor privilégio e de obstáculo para o sucesso técnico. As diferenças e desigualdade de gênero foram mais fáceis de serem explicitadas e os entrevistados articulavam um repertório levemente maior para o tema. Todos os entrevistados, em algum momento, usaram o discurso sobre o “instintivo” e natural, e a maior parte deles compreende o masculino e o feminino de um modo muito conservador, com problemas para encontrar definições para perguntas supostamente simples. No caso da desigualdade racial, observamos que houve uma polarização: de um lado a negação das desigualdades entre brancos e não brancos, do outro temos a valorização da identidade branca, compondo bem com o “racismo à brasileira”. O contexto social foi associado à pobreza mais que qualquer outro indicador da desigualdade social. Cenas de racismo e sexismo institucional foram frequentes.

Os poucos entrevistados que tinham uma noção mais sofisticada sobre gênero e raça eram aqueles que contaram com a oportunidade de desenvolver uma atividade de extensão, a iniciação científica ou que tiveram uma formação mais generalista, mais social. A trajetória trilhada na faculdade contribui, portanto, para a formação.

Palavras-chave: determinantes sociais em saúde; gênero; raça; formação médica; relação médico-paciente; racismo; branquitude; direitos humanos.

Abstract

Brazil's 1988 Constitution grants health as a human right to all and a duty of the State. Although great progress has been made since its enactment, this right has not been ensured at the same level and with the same service quality, particularly with regard to Afro-Brazilians. With close attention to history and the influence of racial and gendered theories, this article discusses the recent history of medical practices in Brazil and provides critical reflection on those practices that are centered on technique.

The main purpose of this study, a part of the "Psycho-social research on inequality: ethnic-racial relations" research line, is to describe the meanings and significance that doctors give to medical social issues in their education. Special attention is given to their conception of the social determinants of gender and race.

Twenty-five doctors (13 men and 12 women) were interviewed. All of them mentor medical students pursuing their residency at a University Hospital. The interviews' script centered on their socio-demographic profile, their professional path and the degree of knowledge or contact with social determinants (poverty, gender, race/color, nationality, religion of the different population groups) during their academic formation, the factors they considered as relevant to a good doctor-patient relationship, their knowledge of Human Rights and the principles of the Sistema Único de Saúde (SUS) and their experiences in the care and doctor-patient relationships.

Among its results, the study shows how the interviewed doctors recognize several social markers of difference that convert into inequity, the different social places for men and women, the white, the people of Asian descent and the black, places of greater or lower privilege and obstacle for technical success. The gender differences and inequalities were more easily explained and respondents articulated a slightly larger repertoire for the topic. All of the interviewees, at some moment, used the discourse on the "instinctive" and the "natural", and most of them have a very conservative comprehension of the feminine and the masculine, and encountered problems in finding definitions for apparently simple questions. With regards to racial inequality, there was a polarization: on the one hand, the denial of inequalities among the white and the non white, on the other, a consistent evaluation of white identity, linked to the "Brazilian racism". The social context was associated with poverty rather than any other indicator of social inequality. Evidence of racism and sexism were frequently observed in the interviews.

The few interviewees that had a more sophisticated notion of gender and race were those who had had the chance to develop an extracurricular activity, the "scientific initiation," or those who had had a more generalist and social education. Thus, the experience acquired during university contributes to the formation of their notions of social determinants in health.

Key words: social determinants in health; gender, race, medical education, doctor-patient relationship; racism, whiteness, human rights.

SUMÁRIO

Listas de Ilustrações.....	7
Listas de Siglas	8
Agradecimentos	9
Resumo	11
Apresentação	15
Introdução	20
1.1. A história da medicina no Brasil	26
1.2. Influência das teorias racialistas na formação médica	29
1.2.1. Lutas negras por saúde	33
1.3. Relações de gênero na medicina: um retrato da realidade brasileira	38
1.4. A face paulista da medicina	41
1.5. A organização social do trabalho dos médicos na história recente das práticas em saúde no Brasil	44
1.6. Relação médico-paciente	47
2. Objetivos	50
3. Caminho metodológico	51
3.1. A escolha do tema e do objeto de estudo	51
3.2. Desenho do estudo	51
3.3. Participantes da pesquisa.....	52
3.4. Sobre a relação com os entrevistados e com o hospital-escola.....	54
3.5. Instrumentos para coleta de dados	55
3.6. Sobre os entrevistadores e o processo	58
3.7. Momentos informais	63
3.8. Aspectos éticos.....	65
3.9. Análise dos resultados.....	65
3.9.1. Determinantes sociais.....	66
3.9.2. Preconceito, discriminação, estereótipo e atitude	67
3.9.3. Gênero como constructo social e categoria de análise.....	70
3.9.4. Raça como constructo social e categoria de análise.....	72
3.9.5. Relações raciais e racismo institucional.....	73
3.9.6. As interações cotidianas e a psicologia social construcionista na saúde	75
3.10. Apresentação dos resultados	77
RESULTADOS I.....	79
4. Desafios do debate sobre relações de gênero na medicina	79
4.1.1. “Torna-se mulher”	82

4.1.2. Mulheres médicas: uma ameaça?	84
4.2. O gênero masculino nas narrativas médicas sobre os médicos	86
4.2.1. Tornar-se homem	87
4.2.2. Reconhecimento dos privilégios	88
4.3. Gênero na relação médico-paciente	89
4.4. Discriminação horizontal	96
4.5. Eu, médica negra	97
RESULTADO II	99
5. As raças como determinante social na vida e na prática dos médicos	99
5.1. Lugares sociais do branco, do negro e do amarelo	101
5.2. Ser negro	105
5.2.1. Sentidos e significados sobre ser negro	106
5.2.2. As relações no ambiente hospitalar	107
5.2.3. Estereótipos sobre médicos negros	109
5.2.4. Relação médico-paciente	113
5.3. Ser oriental-amarelo	115
5.3.1. Reconhecimento dos privilégios	116
5.3.2. Discriminações <i>versus</i> discriminações	118
5.3.3. Estereótipos sociais atribuídos aos médicos orientais	119
5.4. Ser branco	121
5.4.1. Características	123
5.4.2. Ser branco é não ser negro	126
5.4.3. Reconhecimento dos privilégios	127
5.4.4. Percepção sobre a discriminação	128
5.4.5. Relação médico-paciente	129
5.4.6. Estereótipos sociais sobre os brancos	130
RESULTADO III	133
6. Formação médica e determinantes sociais: “a medicina vai bem, os médicos nem tanto”	133
6.1. Ensino sobre os determinantes sociais	137
6.2. Fatores fundamentais para formação	146
6.3. Fatores que influenciam a relação médico-paciente	149
7. Discussão	153
8. Palavras Finais	159
Referências bibliográficas	161
ANEXOS	169
ANEXO I	170

Apresentação

Este estudo está intrinsecamente ligado à minha história familiar e trajetória pessoal, por ser filha de importantes ativistas do movimento negro, e pertencer e dialogar com os movimentos negros e grupos de juventude negra, dos quais fiz parte desde a adolescência, também conectada ao percurso acadêmico trilhado na graduação. Trata-se de minhas histórias de vida que determinaram minhas escolhas e minhas escolhas de vida que determinam a minha história.

Apesar da vivência cotidiana em torno das temáticas relacionadas ao racismo e ao sexismo, o acúmulo teórico sobre o tema iniciou-se quando ingressei em uma organização social, na qual combinar produção de conhecimento com programas de treinamento e intervenção eram a prática cotidiana. Todos os trabalhos estavam comprometidos com a igualdade de oportunidades e de tratamento e a superação do racismo, da discriminação racial e de todas as formas de discriminação e intolerância.

Durante os anos em que trabalhei nessa organização, aprimorei meu contato com profissionais das áreas da saúde, da educação e com o mundo do trabalho. Tive contato com vários pensadores das relações raciais em diferentes áreas, conduzi inúmeros processos formativos em prol da promoção da igualdade racial e contribuí para a formulação de várias pesquisas, encabeçadas pela instituição, para gestores de políticas públicas de saúde e educação. Esse percurso e toda minha história como ativista foram fundamentais para definir a escolha das relações raciais na saúde como tema de pesquisa.

A aproximação com a doutora Maria Aparecida Silva Bento, que acabara de defender seu doutorado¹ sobre branquitude, inspirou-me a introduzir essa temática no mestrado. A participação no grupo de estudos² sobre branquitude também foi impulsionadora para a definição de meu objeto de pesquisa. Um dos debates centrais nesse grupo de estudos era o lugar dos brancos na sociedade. Em um experimento realizado com jovens feministas, a sala foi preparada de modo que houvessem cadeiras

¹ *Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*, 2002.

² O grupo era formado por Mafoane Odara Santos (na ocasião, integrante do Programa de Educação do CEERT), Myriam Chinalli (editora e consultora do CEERT), Julia Rosenberg (na ocasião, integrante do Programa de Educação do CEERT), Katia Silva (integrante do Programa de Direito do CEERT), Leandro Santos (pesquisador em relações raciais) e Dyi Huijg Dieuwertje (pesquisadora holandesa, na ocasião mestranda em ciências sociais).

marcadas com a palavra “branco” e outras cadeiras em que não tivesse nada escrito. Sem informá-las do porquê, ao entrar na sala, cada pessoa deveria escolher uma cadeira para se sentar. Todas as meninas negras que participavam da dinâmica escolheram cadeiras que não tinham nada marcado, já as meninas brancas escolheram tanto cadeiras marcadas com “branco” como cadeiras que não tinham nada escrito. Ao final da oficina, analisando esse comportamento, a resposta das meninas brancas foi:

Ao entrar na sala, sentei no lugar que achei mais confortável, não me atentei para as marcações das cadeiras (participante branca)

Já a resposta das meninas negras foi:

Ao ler a palavra branco, logo associei à cor da pele. Então, percebi que deveria sentar nas cadeiras que não estavam marcadas (participante negra).

Essa dinâmica sintetiza, como veremos evidenciado no decorrer da dissertação, a experiência cotidiana das relações raciais no Brasil, os negros detectam na sociedade lugares reservados para eles. De tanto ser dito e repetido passou os lugares passaram a ser ocupados, ou não, “naturalmente”, como se: “minha mãe fazia assim, a sua mãe fazia; a mãe da sua mãe...”. Para as meninas brancas a lógica é a mesma, nossa sociedade é pensada e construída por e para brancos, então “naturalmente”: “Posso ocupar, ‘desfrutar’ de tudo que está disponível”. Os brancos não precisam pensar sobre isso, pois todos os lugares podem ser ocupados por eles.

A aproximação com a medicina iniciou-se durante a preparação para os exames vestibulares. A escolha da medicina, como uma das minhas opções de carreira, era fruto da possibilidade de alterar os quadros de desigualdade que eu conhecia desde muito cedo, pelo contato com dados sobre desigualdades na saúde, adquiridos pela vivência no movimento social. A opção pela psicologia, mesmo depois de passar no vestibular para medicina, quando já estava no segundo ano da graduação no IPUSP, se deu pela antevisão da possibilidade de promover a transformação, atuando com diferentes profissionais da sociedade, inclusive junto aos médicos.

Já na pós-graduação, cursar as disciplinas *História da medicina e da saúde pública no Brasil; Saúde coletiva, Direitos humanos e Gêneros e sexualidades em contextos psicossociais diversos*, ampliou-me os horizontes históricos e teóricos. A consolidação de meu campo teórico deveu-se à importância que essas disciplinas tiveram para o desenvolvimento da pesquisa.

Para a compreensão das questões que me proponho a discutir, escolhi analisar a narrativa médica e sua abundância semântica, por permitir entender as relações médico-paciente. O que se passa no interior de um consultório ou ambulatório médico não é redutível à técnica ou meramente às relações entre médicos e pacientes. A prática médica é, também, um espaço social, em que se microprocessam momentos fundamentais da vida em sociedade. Por essa razão, a análise das narrativas resultantes da conversa com médicos e médicas pode converter-se em material fértil para dar conta da real complexidade da aplicação dos princípios do SUS, levando em consideração os diferentes determinantes sociais.

Por outro lado, o universo de questões que envolvem os determinantes sociais é enorme. Religião, classe social, orientação sexual, pertencimento racial, gênero – para mencionar só alguns exemplos – aparecem nas práticas médicas como situações complexas, nas quais só é possível separar as bases biológicas de seu caráter de construções sociais por meio de alguma reflexão. Na realidade, são também o resultado do papel que desempenham as normas, os valores, as relações sociais e outros componentes fáticos e simbólicos na tomada de decisões; nas formas com que os pacientes experimentam as vivências das diferentes facetas da prática ambulatorial; e, em certa medida, dos parâmetros empregados para as práticas em saúde produzidas em certo tempo histórico e para a qual os médicos foram educados.

O projeto de pesquisa com o qual iniciei o meu envolvimento com a pós-graduação era ambicioso, estimulado pela urgência da questão da discriminação aos negros na atenção em saúde, obstáculo para a sua qualidade de vida e da cidadania. O projeto envolveu alunos de graduação e compôs uma linha de pesquisa no IPUSP, recém-inaugurada. Para concluir o processo de mestrado, como etapa para minha formação como pesquisadora, escolhi dedicar-me nos últimos meses a terminar o desenho da pesquisa originalmente pactuada com a instituição que acolheu as questões do estudo proposto. Pelo ineditismo do tema, fui incitada pelo representante da instituição a ampliar o conjunto inicialmente previsto de seis entrevistas para 25 entrevistas, a fim de contemplar a diversidade das especialidades médicas e introduzir médicos pertencentes aos grupos raciais: negro e amarelo. A ampliação do número de sujeitos entrevistados objetivava expandir o debate sobre a formação médica para todo o seu espectro e as perspectivas de implementação de mudanças no conjunto das práticas do campo do que se chamam *áreas básicas* da formação dos médicos.

Em função das limitações de tempo de um mestrado realizado sem bolsa e enquanto exercia uma jornada dupla de trabalho (como estudante e como profissional liberal), a opção nessa dissertação foi focar a análise das narrativas médicas fazendo um recorte para, compreender as experiências cotidianas do ser médico(a), branco(a), amarelo(a) ou negro(a)³ e investigar a importância e o aprendizado dos determinantes sociais durante a formação médica. No horizonte, mantenho a ambição desde os anos da graduação de aprimorar a qualidade do atendimento dos negros.

Durante a pesquisa, fui responsável pelo campo do estudo, pela supervisão e pela orientação dos demais pesquisadores e estudantes de graduação do Instituto de Psicologia, integrantes da linha de pesquisa “Pesquisa psicossocial da desigualdade: relações étnico-raciais”. Esse denso processo de acompanhamento e orientação foi fundamental para minha formação como pesquisadora e garantiu um rico desenvolvimento da equipe de pesquisadores, mas toma tempo!

A dissertação apresentará apenas o debate sobre a importância dos determinantes sociais de raça e gênero na formação médica para garantir a efetivação do direito à saúde que reconhece que toda pessoa deve “desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental⁴” (Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966).

No capítulo introdutório é apresentada uma síntese da história e institucionalização da medicina no Brasil, os momentos de avanços e retrocessos na garantia o direito às políticas de saúde, mais especificamente em São Paulo, a influência das teorias racialistas e eugenistas do século XIX, que consideravam o homem negro geneticamente e intelectualmente inferior aos brancos, e o racismo institucional na formação médica.

No capítulo dois são detalhados os objetivos da pesquisa.

No capítulo três apresenta-se o caminho metodológico desde a escolha do tema e do objeto de estudo, passando pelos instrumentos de coleta e relação com os entrevistadores culminando nas referências teóricas que orientaram a análise crítica das narrativas obtidas por meio das entrevistas.

³ A metodologia utilizada nessa pesquisa faz referência ao quesito cor segundo IBGE/ IPEA/ DIEESE (brancos, pretos, pardos, amarelos e indígenas). Como as experiências vividas por pardos e pretos foram muito semelhante entre si usar-se-á a raça negra para referenciar o grupo de pardos e pretos. Quando houver necessidade de diferenciar usar-se-á os termos separadamente.

⁴ Entende-se como saúde física e mental, o estado que considera o indivíduo uma relação harmônica e digna deste com o contexto em que vive.

Nos três capítulos seguintes, dedicados aos resultados, apresentar-se-á como as vivências de gênero interferem na prática e na relação médico-paciente, sob o olhar de cada entrevistado. Demonstrar-se-á como o pertencimento racial e as relações raciais interferem na prática e na relação médico-paciente sob o olhar de cada entrevistado, e contribuem para aumentar ou diminuir o risco de adoecimento. E também, a narrativa médica sobre a importância e o aprendizado dos determinantes sociais para o aprimoramento da formação médica e da qualidade do atendimento.

Por fim, são apresentadas algumas considerações que apontam para uma formação que permita a desconstrução da naturalização das desigualdades na saúde, levando-se em consideração as relações raciais e de gênero.

Vale destacar que a pesquisa construiu um extenso banco de dados que permitirá a produção de análises mais aprofundadas em artigos científicos, assim como a construção de indicadores de desigualdade social em serviços de saúde e a apresentação de recomendações que contribuam na redução do tratamento desigual em saúde, com orientação aos principais níveis decisórios no desenho de políticas e na formação médica.

Introdução

Pessoas e grupos que não tem seus direitos respeitados e garantidos apresentam piores perfis de saúde, maiores possibilidades de adoecimento e morte (França Jr. e Ayres, 2003). Dito de outro modo, onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho e à moradia adequada, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à educação, ao lazer, à constituição de família e vivência da sexualidade como cada pessoa a define, encontrar-se-á maior vulnerabilidade (social, programática e individual) ao adoecimento (Ayres, Paiva, França Jr., 2010). Marcadores da violação de direitos humanos são, portanto, guia para o planejamento de ações de saúde e para a identificação de populações e grupos que tendem a ser discriminados, a ter seus direitos violados (Paiva, 2006).

Desde a Constituinte de 1988, deve-se garantir no Brasil o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Estudos recentes (Bastos, 2010; Venturi, 2010; Luiz, 2009; Leal, 2005; Lopes, 2003) tem discutido que, embora a saúde esteja instituída como direito de todos(as) e dever do Estado, esse direito não tem sido assegurado no mesmo nível e com a mesma qualidade de atenção quando se considera o recorte racial e de gênero -- especificamente os perfis de saúde da população negra, que representa hoje mais de 50% da população brasileira (IBGE, 2010).

Hospitais e maternidades, públicos ou particulares, tratam melhor as gestantes brancas do que as negras. O tipo de tratamento é diferenciado pela cor durante a gravidez e até na hora do parto (Leal, 2005).

Essa é a conclusão de um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Prefeitura do Rio de Janeiro, com 10.000 mulheres, imediatamente após o parto, entre julho de 1999 e março de 2001, apresentado por Leal (2005). O estudo concluiu que:

- Quase o dobro das parturientes negras (11,1%) deixaram de receber anestesia em partos normais, comparado-se com a porcentagem de mulheres brancas (5,1%). Segundo os profissionais de saúde, mulheres negras sentem menos dor.
- Mulheres negras têm chances menores de passar por consultas ginecológicas completas, realizar consultas de pré-natal e fazer exames ginecológicos no período pós-parto.
- Mulheres negras não são tocadas no momento de exames.

Na década que se seguiu à inclusão do “quesito raça-cor”, na coleta de dados sobre saúde, processo iniciado nos anos 1990, muitos estudos tem procurado compreender quais elementos reproduzem e legitimam situações de iniquidade, opressão, limitação, situações negadoras dos ideais de emancipação (Lopes, 2003; Batista, 2002).

Os dados do Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009–2010, por exemplo, apontaram que a desigualdade perpassa o Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentaram diferenças significativas no cuidado⁵ oferecido às mulheres negras e brancas, por exemplo, na área de saúde sexual e reprodutiva. “A não realização de consultas ginecológicas completas, a ausência ou o número de consultas de pré-natal abaixo do preconizado, bem como o não oferecimento do exame ginecológico pós-parto, estiveram estatisticamente associados à variável cor da pele” (Lopes, 2005, p. 16).

Outro estudo (IPEA, 2010) destacou que os efeitos das desigualdades sociais na saúde brasileira se estenderam às cirurgias de transplantes de órgãos como coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão. A maioria dos transplantados era do sexo masculino e da cor branca. No estudo, de quatro receptores de coração, três eram homens; e 56% dos transplantados tinham a cor de pele branca. No transplante de fígado, 63% dos receptores eram homens e, de cada dez transplantes de fígado, oito eram para pessoas brancas. Segundo o estudo, quando o SUS tem excelência no atendimento, o acesso ao sistema não era garantido para todos. Observou-se desigualdade no acesso ao cuidado e também no tratamento de qualidade. Dito de outra forma, o atendimento é desigual no tratamento porque a entrada no sistema é desigual.

O que justificaria a presença significativa da população negra nos piores índices nacionais de acesso à saúde? Seriam esses dados apenas mais uma expressão da pobreza? Uma responsabilidade dos próprios negros, descuidados com sua saúde, como se escuta nas conversas em serviços de saúde? Seriam esses dados resultados da ação de profissionais de saúde? Ou ainda fruto de políticas públicas universalistas, que pressupõem condições de tratamento iguais a populações que acessam de forma desigual o sistema público? Seria a interação médico-paciente uma das dimensões

⁵ Entender-se-á o termo *cuidado* como modo de “interação nas e pelas práticas de saúde em seus moldes contemporâneos, restringindo-nos agora às tecnologias já configuradas como campo institucional das práticas de saúde” (Ayres, 2010, p. 56).

relevantes a ser abordada, tendo-se como objetivo e horizonte ético-político diminuir a vulnerabilidade social de mulheres e homens negros ao adoecimento e garantir a realização de seu direito à saúde?

Essas são indagações e reflexões que fizeram emergir a questão que norteia esta pesquisa de mestrado, inserida na linha de Pesquisa Psicossocial da Desigualdade: *Relações Étnico-raciais: para melhorar a qualidade do atendimento, como a raça e o sexo dos médicos e dos pacientes devem ser considerados na formação médica?*

Se, por um dos caminhos para responder essa questão, encontramos trabalhos que visam compreender a relação médico-paciente no olhar dos usuários do sistema de saúde, por outro, quase não se indaga sobre quem são os profissionais de saúde, em especial, médicos e médicas⁶, e que aspectos da vida dos usuários de saúde são considerados por esses profissionais no cuidado. Um número menor ainda de trabalhos descreve ou busca compreender se a experiência e as construções cotidianas da própria identidade médica – levando-se em consideração a formação, a cor e o sexo desses profissionais -- interfere no cuidado e no tratamento de diferentes grupos populacionais brasileiros.

A década de 70 marcou a renovação das práticas de saúde e introduziu mudanças significativas na prevenção.

A noção de promoção da saúde passou a ser expressão de um poderoso movimento de ideias e ações ampliando a compreensão do nível primário de prevenção, tal como descrito no modelo História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (HND/NP)⁷, hegemônico desde o início do século” (Ayres, 2010, p. 4).

Ayres ainda discute que:

“o sentido fundamental dessa reconstrução foi a politização, em busca de intensificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana, de forma a aumentar progressivamente seu controle sobre os determinantes dos processos de saúde-doença, do acesso a cuidado de saúde e de sua qualidade de vida”. (Ayres, 2010, p. 6)

⁶ A partir desse momento nominaremos *médicos* os grupos de “médicos” e “médicas” estudados. Manteremos a flexão de gênero quando se tratarem de reflexões específicas sobre o grupo feminino e/ou masculino de profissionais.

⁷ A prevenção primária está relacionada aos determinantes de adoecimentos ou agravos, de modo a evitar que os processos patogênicos se iniciem (período pré-patogênico). Subdivide-se em dois níveis: *a promoção da saúde* refere-se a ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida de modo geral; *a proteção específica* refere-se a ações voltadas apenas para determinadas doenças ou agravos, como a vacinação, por exemplo. (Ayres et al, 2010)

Observam-se, desde então no Brasil, fecundos e relevantes debates e iniciativas em torno da noção de *humanização*, relativos à organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões.

Deslandes (2004) identificou e discutiu diversos sentidos assumidos por essa noção em documentos veiculados pelo Ministério da Saúde, como: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associação de excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São, portanto, bastante amplas e diversas as possíveis formas de aproximações à questão (Ayres, 2005).

Paiva⁸, revendo o movimento da promoção da saúde, ressaltou que o referencial dos direitos humanos foi progressivamente incluído no debate das concepções sobre saúde e doença e sobre a promoção da saúde, especialmente na reforma psiquiátrica, no bojo da luta antimanicomial, no debate sobre saúde da mulher e ao longo da resposta brasileira à AIDS -- resposta que passa a considerar fortemente a *história social do adoecimento* e não apenas sua *história natural*. Esse referencial tem sido fundamental para um novo salto na compreensão do processo saúde-doença, na relevância e no estudo dos determinantes sociais, consolidados no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Nas abordagens baseadas nos direitos humanos no campo da Aids, é necessário analisar sempre as três dimensões da vulnerabilidade:

- a) *individual*, tomada como biológica mas também intersubjetiva, referente ao âmbito do sujeito portador de direitos;
- b) *social*, referente à esfera das condições de classe, gênero, raça, entre outras condições da vida cotidiana, histórica e localmente produzidas;
- c) *programática*, relativa à esfera das políticas públicas e programas de saúde, frequentemente chamadas de dimensão “estrutural” na literatura internacional, e que, no Brasil, necessariamente depende da avaliação da universalidade, integralidade e equidade dos serviços de saúde.

⁸ Comunicação oral, aula no Curso Pesquisa Psicossocial da Desigualdade: ética, métodos e práticas (2010).

Por outro lado, o campo dos direitos humanos no Brasil foi especialmente marcado por contradições e disputas políticas. Nem tudo que está em lei se realiza. A garantia do direito ao acesso à saúde integral, também serviu a interesses de determinados grupos sociais de regiões do Brasil privilegiados sócio e economicamente. Observa-se, na área de saúde, a exemplo dessa contradição, que, de um lado, se ampliou o acesso à saúde pelas descobertas e contribuições da medicina, nos desafios de estabelecer políticas de saúde pública baseadas na ciência e combater epidemias e doenças. De outro lado, a medicina e, portanto, a formação médica no Brasil, com suas políticas universalistas que mantêm as desigualdades construídas historicamente, não conseguiu dar conta da exclusão de grande parte da população, como veremos a seguir.

Toda uma vasta literatura nacional e estrangeira vem tratando, ao menos desde a segunda metade do século 20, dos limites práticos que sobrevieram aos êxitos impressionantes alcançados por uma leitura mecanicista e positivista do corpo e do adoecimento humanos e de propedêuticas e terapêuticas cada vez mais guiadas pelos aparatos tecnológicos de alta complexidade (Caprara & Franco, 1999).

No caso da população negra, segundo Lopes (2003), é possível perceber que inúmeras e sobrepostas violações dos direitos excluem e negam o direito natural de pertencimento e determinam, assim, condições especiais de vulnerabilidade ao adoecimento. Ou seja, a cor da pele, assim como o sexo, compõem determinantes sociais e programáticos da vulnerabilidade, definida como:

[...] um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção (Ayres, 2006, p. 118).

A qualidade do processo é sempre preciosa nas abordagens baseadas nos direitos humanos para a redução da vulnerabilidade ao adoecimento (Gruskin & Tarantola, 2008). As interações, a expressão viva de cada processo de cuidado, merecem especial atenção, porque apenas com base na concretude das relações (marcadas pelas variáveis de gênero e raciais, entre classes e gerações) em cada região e comunidade, é possível analisar como a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros.

Ao ocupar-se dos significados e das implicações das relações sociais e das questões programáticas para a iniquidade das possibilidades de adoecer, o quadro da vulnerabilidade depende da aproximação com a abordagem da saúde baseada nos direitos humanos, sejam civis e políticos, sejam econômicos, sociais e culturais

(Gruskin & Tarantola, 2001). Além desse plano macroestrutural de análise e ação, há que se considerar a situação de cada indivíduo ou grupo social como sujeitos de direito. Sendo assim profissionais de saúde só podem compreender e ajudar a transformar a vulnerabilidade desses sujeitos considerando a concretude e singularidade do cotidiano de cada um (Ayres, Calazans, Salleti, & França, 1999; Paiva, Santos, França, Filipe, Ayres & Segurado, 2007; Paiva, 2005).

A proposta de deslocamento, trazida pelo quadro da vulnerabilidade, ainda tem muito que amadurecer, para que sua validação intersubjetiva atinja dimensão tal que a torne referência positiva para o campo da saúde, como ocorre com as propostas mais ambiciosas do Programa Saúde da Família (PSF), a promoção da saúde, a vigilância à saúde etc. Inovar, com base nesse quadro, as práticas de atenção e de formação médica para sustentar uma atenção à saúde que considere a dimensão social e programática ao adoecimento, para além de sua dimensão individual -- frequentemente reduzida ao biológico-comportamental nos modelos de história natural da doença --, certamente contribuirá nessa direção.

Se a qualidade do cuidado é fundamental no processo de saúde-doença e as relações de gênero e raciais entre classes e gerações são importantes para analisar como a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros, quem são os profissionais médicos que participam dessas relações? Vale ressaltar que a classe médica é majoritariamente branca (88%), e as mulheres, embora perfaçam 50,5% dos profissionais, ainda são minorias nos postos de decisão na medicina (Barbosa, 2007). Nesse sentido, Bento (2002) e Piza (2002) apontaram para a importância de estudar os brancos, com o intuito de entender as relações raciais e o racismo na saúde. Assim como Moore (1997) e Scott (2005) propuseram integrar os homens à discussão de gênero.

Esse estudo abordará as experiências cotidianas do ser médico/a, branco/a amarelo/a ou negro/a, e investigará as narrativas médicas sobre a importância e o aprendizado dos determinantes sociais na formação médica, para o aprimoramento da qualidade do atendimento.

1.1. A história da medicina no Brasil

Desde as Cartas de Anchieta, no século XVII, têm-se notícias sobre como a arte médica⁹ estava sendo exercida no Brasil. Foram dos médicos as vozes dessa narrativa que, selecionando “documentos factuais”¹⁰ do passado, construíram linearmente “uma evolução” de suas técnicas e saberes. O importante era atestar sua inserção ao processo civilizatório brasileiro e alocar as influências desses conhecimentos, deixando à margem a história de luta e resistência de povos que fizeram parte dessa história, como os indígenas e os africanos, incorporando-os ao mundo e a história contada pelo branco português (Mota, 2008).

Com a expulsão dos jesuítas, os antigos edifícios dos colégios da Campanha de Jesus passaram a abrigar os hospitais militares que, juntamente com as Santas Casas de Misericórdia, formaram alguns cirurgiões barbeiros (Millan, 2005, p. 52).

A partir do século XVIII, alguns físicos formados na Europa passaram a desfrutar de uma boa condição socioeconômica. Surgiram os “cirurgiões-aprovados” que faziam cursos teórico-práticos em hospitais e que, após exame, recebiam uma carta que lhes autorizava praticar a cirurgia e a medicina. Além disso, chegaram os primeiros cirurgiões formados nas faculdades de medicina europeias (Millan, 2005, p. 52).

Segundo Pimenta (2004), a primeira metade do século XIX foi marcada por mudanças significativas no exercício das práticas terapêuticas. Em 1810, foi instituído o Regimento do Físico-mor, que orientava seus representantes no exercício de suas funções (parteiras, curandeiros, barbeiros, boticários, médicos e cirurgiões). Entre 1808 e 1828 (quando a Fisicatura-mor funcionou sediada no Rio de Janeiro), práticas populares associadas às camadas sociais mais pobres ainda faziam parte do mundo oficial das artes de curar. No gráfico 1, utilizado pela autora, é ilustrativo observar proporções relativas de pedidos de licença para o exercício de algumas práticas médicas específicas.

Havia, no entanto, uma divisão de responsabilidades entre as práticas médicas relativas à prescrição e à fabricação de remédios, da alçada do físico-mor, e as práticas médicas, relacionadas às intervenções cirúrgicas, da responsabilidade do cirurgião-mor.

⁹ Profissão-arte capaz de agregar paulatinamente conhecimentos articulados pelo “dom” de dirimir o sofrimento humano por meio da arte de curar, tal qual já foi historicamente concebida.

¹⁰ Aspas inseridas pelo autor.

Gráfico 1
Pedidos de licença e de carta provenientes do Brasil¹¹

No fim da década de 1820 e início dos anos 1830, continua a autora, observou-se uma série de marcos no processo de institucionalização da medicina, como a criação das escolas e faculdades de medicina no Rio de Janeiro. Essa institucionalização instaurou uma progressiva organização da corporação médica e a luta dessa categoria pelo monopólio das práticas de cura. Os médicos ainda estavam longe de dispor de poder suficiente para impor o monopólio do exercício terapêutico, mas já buscavam essa centralidade. Os preconceitos eram encarados como atitudes “normais” frente a grupos sociais considerados inferiores. Por exemplo, via-se o esforço da elite médica para excluir os sangradores do quadro oficial das artes de curar. Mas nem as pessoas -- escravos, forros, africanos, na maioria -- nem o que elas faziam -- “sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas” - mudaram imediatamente (Pimenta, 2004, p. 4).

Já entre os anos 1850 e 1900, assistiu-se ao surgimento de teorias racialistas que consideravam o homem negro genética e intelectualmente inferior aos brancos. Durante o processo de monopolização do exercício das técnicas de curar, passou-se a desqualificar os barbeiros-sangradores. Esse discurso foi sendo incorporado, aos poucos, pelos médicos em formação. O trecho destacado por Pimenta (1998) em sua análise sobre os terapeutas populares a partir da documentação da Fisicatura-mor (1808-28) é bastante significativo para entender como, na hierarquia das práticas de cura, as práticas exercidas por sangradores e curandeiros eram menos valorizadas:

¹¹ Pedidos de licença e de carta provenientes do Brasil, até 1822, de Portugal e seus demais domínios, para o livre exercício de alguma prática médica específica. Documentação da Fisicatura-mor, contida nas caixas 1186-1212, AN (fonte: Pimenta, 1998).

[...] de ordinário estúpidos africanos, que às vezes nem sabem expressar-se, principiam aprendendo a sangrar sobre talos de couves! e depois armados de pontiagudas lancetas, levam o seu ferro, muitas vezes assassino, sobre partes bastante delicadas, entremetendo-se a fazerem as mais difíceis e perigosas sangrias: então, despidos dos mais simples conhecimentos, e com princípios tais, produzem os males de que quotidianamente somos impassíveis espectadores (Costa, 1841).

Ainda durante o século XIX, os médicos ganham destaque pelo papel que assumiram na implementação de políticas de saúde pública, implantadas com a vinda da família real, motivadas pelo crescimento populacional. Com a chegada da família real, o Brasil passou da condição de colônia a de reino unido; e isso obrigou a formação de uma estrutura sanitária, ainda embrionária, que pudesse dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à vigilância sanitária e à saúde nos portos, mas o crescimento populacional e as alterações impetradas durante a chamada Segunda Revolução Industrial exigiram um novo modelo de intervenção que pudesse deter epidemias, higienizar e legislar sobre as habitações, viabilizar a remoção do lixo e controlar a movimentação social a partir do esquadrinhamento e da normatização dos espaços públicos e privados (Mota, 2005).

Já no século XX, a profissão médica ganha uma nova configuração e passa por duas fases distintas:

A primeira durou aproximadamente até o final da década de quarenta. No transcorrer dela, destacou-se a figura do médico de família, que atendia principalmente em seu consultório ou na casa de seus pacientes particulares e que recebia seus honorários de acordo com os serviços prestados. A tecnologia disponível era limitada, e o médico, considerado um profissional de grande prestígio. A partir da segunda metade do século XX, houve dramáticas transformações na profissão médica. Graças aos grandes avanços nas áreas diagnóstica, terapêutica e cirúrgica, nunca as pessoas viveram tanto, estiveram com tanta saúde e jamais, na história da medicina, as realizações médicas foram tão grandes (Millan, 2005, p. 58).

No intuito de oferecer assistência médica para toda a população, criaram-se serviços nacionais de saúde. O Estado passou a investir pesadamente na área da saúde e, com isso, pode-se perceber o crescente papel dos médicos, fortalecido pela relação com o Estado Brasileiro e a formulação das políticas de saúde (Millan, 2005, p. 58).

Paradoxalmente, “os médicos nunca foram tão desaprovados como nos dias de hoje” (Millan, 2005, p. 58). O século XX veio inaugurar uma série de estudos que começaram a problematizar os fatos, as teorias e os processos sócio-históricos que formaram o pensamento médico sobre a área da saúde e sobre determinantes sociais

como raça e gênero que, conseqüentemente, interferiram na formulação das políticas públicas de saúde e na reafirmação das desigualdades raciais e de gênero na saúde presentes hoje, como veremos adiante.

1.2. Influência das teorias racialistas na formação médica

Dada a importância da medicina na produção acadêmica, ao longo da história da saúde no Brasil, o advento das teorias racialistas no século XIX modificou a percepção das diferenças físicas entre os membros da espécie humana, estabelecendo correlações entre as características fenotípicas e atributos morais (Schwartz, 1996). Essas teorias, que consideravam o homem negro genética e intelectualmente inferior aos brancos, estavam em voga na Europa e logo chegaram ao Brasil.

Assim, principalmente depois da abolição, o problema do negro brasileiro passou a ser também uma questão médico-científica vista pelos ângulos da teoria da degenerescência e dos referidos determinismos, especialmente racial. O “fim” da escravidão e a nova constituição da população depunham contra o projeto de regeneração e desenvolvimento, proposto por tais teorias e abarcado pelo Estado brasileiro.

Schwartz (1996) apontou que [...] esse projeto retirava tais diferenças do âmbito incerto da cultura para o nicho seguro da ciência biológica determinista. No mesmo contexto histórico em que a escravidão era combatida, sob o impacto das mudanças econômicas e da pressão moral, pensadores europeus e norte-americanos articulavam teorias sistemáticas de diferenças biológicas inatas entre as raças. As teorias históricas de Arthur de Gobineau, sobre a degeneração pela mistura das raças, eram apoiadas pela antropologia “científica”.

O saber e o ensino médico e a assistência clínica, de caráter especulativo e elitista, entraram em choque, no Brasil, com novas teorias da doença e do cuidado médico, baseadas na parasitologia, bacteriologia e anatomopatologia e numa clínica experimental orientada para enfermidades tropicais. O novo referencial teórico e social, que influiu na formação médica e na formulação de políticas públicas de saúde, entrou em decadência quando apropriado pela ideologia da inferioridade racial e cultural da população de origem africana. Duas novas disciplinas, antropologia e medicina legal, geraram conhecimentos nos meios intelectuais e ao, mesmo tempo, funcionais à ordem dominante, contribuindo com dispositivos para que a mesma elite se perpetuasse no poder (Barros, 1998, p. 411).

Psiquiatras brasileiros como Nina Rodrigues¹² e Juliano Moreira¹³ viram-se obrigados a refletir sobre o futuro do país miscigenado pelas três “raças”. Três grupos se distinguiram na discussão sobre “raça”. De um lado, havia aqueles que acreditavam que os negros eram inferiores e seu *status* biológico justificava a escravidão e o colonialismo, como Nina Rodrigues. De outro, aqueles que aceitavam o pressuposto da inferioridade mental ou intelectual dos negros, sem que isso justificasse a perda do direito à liberdade. Um terceiro grupo afirmava que não havia doenças mentais próprias dos climas tropicais e que a condição racial de um indivíduo, como apresentavam os brancos, não lhe daria imunidade alguma de insanidade mental, como defendia Juliano Moreira (Oda, 2003).

Nesse ínterim, no Brasil, na virada do século XX, a eugenia -- ciência do aprimoramento da “raça” -- oferecia a perspectiva da constituição de indivíduos conformados biológica e racialmente – a conformação de uma “raça” brasileira, construída não apenas pelo branqueamento, mas também pela ordenação genética da população e pela intervenção no curso das doenças perigosas à “raça” (Marques, 1994).

A eugenia tocou e influenciou a história da medicina, da família, da maternidade, da população, da criminologia, da saúde pública e do bem-estar. Muitos esforços legislativos referentes a reprodução humana, ao controle das doenças e à regulamentação da imigração para a América Latina somente podem ser integralmente entendidos se levarmos em conta os conceitos eugênicos que, no mínimo, deram-lhes estrutura retórica e embasamento médico-moral (Stepan, 2005, p. 15).

A eugenia contribuiu expressivamente para a conformação das relações “raciais” existentes no continente latino-americano e para sua associação à política de identidade nacional (Bastos, 2010).

A eugenia foi importante porque articulou novas e poderosas imagens da saúde, como a questão de hereditariedade e raça, assunto que será retomado no sub-capítulo sobre a construção da medicina em São Paulo. Apesar do movimento anti-racismo científico, o ideal eugenista obteve respaldo entre a elite política até meados da década de 1940. A despeito das manifestações dos intelectuais brasileiros, que repudiavam a política racista de governos estrangeiros, o governo brasileiro mantinha políticas de

¹² Médico maranhense Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), professor de medicina legal da Faculdade de Medicina da Bahia, que defendia a existência de particularidades nos negros e nos mestiços brasileiros, com relação à sua psicopatologia e à sua imputabilidade penal. Para Nina, a criminologia, a antropologia e a psicopatologia eram indissociáveis.

¹³ Psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da Bahia (1896) que defendia a falta de ligação entre raça, degenerescência, neuropatologia e psicopatologia. Combatia, como professor da Faculdade de Medicina da Bahia, o preconceito racial.

imigração discriminatória baseadas no pressuposto de que os imigrantes deveriam se identificar com o *ethos* brasileiro, excluindo aqueles que fossem estranhos ao organismo nacional (Marques, 1994; Skidmore, 1997; Laguardia, 2004).

Vale destacar que as teses racialistas e o determinismo biológico foram sendo abandonados por intelectuais, cientistas e políticos, a partir da Primeira Guerra Mundial, em todo o mundo, numa recusa mais enfática depois da Segunda Guerra e do Holocausto. Entretanto, “reconhece-se que as posturas racistas continuam revisitadas e atualizadas, mesmo depois disso, periodicamente. Se hoje elas não mais fazem parte dos paradigmas científicos aceitos, ainda circulam livremente nas vielas do preconceito” (Oda, 2003).

Laguardia (2004) ainda demonstrou que:

No tocante às doenças, o movimento pelo saneamento do Brasil e a reforma da Saúde Pública, encabeçado por médicos-higienistas, a partir de meados da década de 1910, buscou absolver o país da condenação a uma inferioridade determinada por sua constituição racial e por seu clima tropical, apontando as endemias rurais como responsáveis pelo atraso social e econômico. (Lima & Hochman, 1996 apud Laguardia, 2004, p. 204)

Nesse contexto, a história da psiquiatria no Brasil pode ter dado uma contribuição especial nessa mesma direção. O primeiro hospital psiquiátrico foi inaugurado em 1852, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia. Até essa data, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Só a partir de 1830, um grupo de médicos, higienistas na maioria, começou a pedir, entre outras medidas de higiene pública, que se construísse um hospício para os alienados¹⁴. A partir de 1881, data da criação da disciplina de “doenças nervosas e mentais”, um médico generalista assumiu a direção do estabelecimento e, em 1912, a psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma (Costa, 1980, p. 21).

Durante as primeiras décadas da profissão, a psiquiatria era produto do atraso histórico da ciência no Brasil. A eugenia foi para a psiquiatria o que outros modelos de pensamento político e filosófico foram para certas correntes intelectuais da época: instrumento teórico posto a serviço da crítica ao sistema democrático-liberal da Primeira República (Costa, 1980).

¹⁴ Alienados ou degenerados eram citados nos laudos em razão das características raciais, “os estigmas de degeneração física que apresenta são os comuns à sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes e pés chatos” (Cunha, 1988, p.124 apud Bento, 2002, p. 39). Entre os degenerados estavam os negros alcoólatras, os tuberculosos, os sífilíticos, os loucos e os infratores (Bento, 2002, p. 39).

A exemplo disso, Bento retomou a história e os depoimentos que Maria Cemetina Pereira Cunha relatou em seu livro *O espelho do mundo – Juquery*¹⁵, a história de um asilo, em que as mulheres internas, quase todas negras, eram citadas nos laudos em razão de características raciais. Também, quando encontradas viajando sozinhas, as mulheres negras recebiam o diagnóstico de ninfomaníacas (Bento, 2002, p. 36).

Jurandir Costa (1980) analisou esse período da psiquiatria, apontando a psiquiatria como racista, moralista, xenofóbica, desejosa de imobilizar um povo tido como degenerado e insubordinado. Essa psiquiatria, como apontaram Patto (1997) e Bento (2007, p. 36), se apoiava na antropologia criminal de Lombroso¹⁶, psiquiatra italiano que acreditava que as proporções do corpo eram o espelho da alma.

Embora a questão do cuidado eugênico da “raça brasileira” tenha sido introduzida no Brasil de início pelos intelectuais, ela logo foi incorporada pelos médicos brasileiros e, em especial, pelos médicos paulistas como veremos a diante.

¹⁵ Instituição para doentes mentais, fundada em 1895, não por coincidência, período próximo ao final da Abolição.

¹⁶ Lombroso fez parte da primeira escola de pensamento determinista. Introduziu na criminologia positiva a noção de criminoso nato, que afirma que delinquentes, loucos e agitadores políticos, entre outros indivíduos “anti-sociais”, apresentam comportamentos desviantes porque são portadores de taras hereditárias.

A primeira teoria determinista, defendida por Nina Rodrigues, anunciava a existência de particularidades nos negros e nos mestiços brasileiros, com relação à sua psicopatologia e à sua imputabilidade penal. Influenciado por Comte, Wundt, Spencer, Darwin e Galton, iniciou um processo de aproximação com alguns dos interesses do Estado, em especial a instauração da política de controle das “classes perigosas” com base numa “cientificidade biológica”. Com a eugenia, a intervenção estatal na sociedade propiciaria o aumento do poder dos médicos, em detrimento do poder da instância política e jurídica, ao mesmo tempo em que se postulava uma identidade do social e do biológico, em que o primeiro era explicado. Suas ideias despertaram a simpatia da elite médica (Barros, 1998, p. 443).

Outra teoria determinista com a qual a elite letrada brasileira racial histórica se identificou, cujos porta-vozes mais conhecidos eram o inglês Henry Thomas Buckle (1821-1862) e o francês Joseph-Arthur Gobineau (1816-1882), era o racismo científico. Essa teoria partia da suposição de que a raça branca era permanente e inerentemente superior a todas as outras. Gobineau era muito amigo do imperador e foi defensor de confusas doutrinas sobre a irremediável inferioridade racial dos não-brancos (Barros, 1998, p. 444).

“A terceira escola de pensamento racista em voga no Brasil era o darwinismo social. Partia das ideias de Spencer, Darwin e Galton, para quem, no processo histórico-evolutivo, como resultado da ‘sobrevivência dos mais aptos’, as raças ‘superiores’ haviam predominado, fazendo com que as ‘inferiores’ estivessem fadadas a definhar e desaparecer” (Barros, 1998, p. 445).

1.2.1. Lutas negras por saúde

O desenvolvimento das políticas públicas e a atenção à saúde ao longo da história do Brasil estão intimamente relacionados com o desenvolvimento político, social e econômico da sociedade. Isso significa que processos como a colonização, escravidão, regimes políticos e econômicos, processos de industrialização, a constituição do Brasil como nação e a participação popular como sociedade organizada influenciaram (positivamente e negativamente) nas políticas.

Neste sentido, a luta contra esse racismo é muito anterior à luta de resistência ao regime autoritário e ao direito à saúde. Como discutiu Pimenta (1998) e Werneck (2005), os sistemas de alívio e cura de matriz africana, vigentes nos séculos XVI, XVII, XVIII e XIX, mostram a resistência negra pela perpetuação secular das artes de curar de curandeiros, barbeiros e parteiras, preservação das tradições religiosas e contribuições para a medicina tradicional.

Nos séculos XX e XXI, discutem as autoras, mesmo nos setores considerados mais à esquerda, se difundiu a ideia de que no país vivia-se em plena harmonia racial e que o conflito central se dava no campo da luta de classes, o qual sobrepunha qualquer outro problema. Uma visão idealizada, um olhar restrito sobre o que efetivamente se constituía na questão racial, de preconceito e da discriminação, era para muitos, além do total desconhecimento, um problema importado dos EUA, pois, com todas as desigualdades sociais presentes, a questão do conflito racial era desconsiderada.

Vale destacar a atuação fundamental que o ativismo negro desempenhou nos movimentos pela reforma sanitária e na construção das políticas públicas para tornar visível a resistência negra e denunciar a presença e a perpetuação do racismo que viola os direitos civis da população negra brasileira. Como exemplos dessas conquistas tem-se os diferentes mecanismos propostos e incorporados pela população negra, por meio de seus movimentos sociais, para qualificar o SUS para o enfrentamento do racismo. A organização cronológica a seguir foi desenvolvida pela organização Criola¹⁷:

¹⁷ Saúde da população negra – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro, 2010 Disponível em: http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf acessado em 20 de janeiro de 2012.

Anos 80/90

- Desenvolvimento de campanhas nacionais - Não Matem Nossas Crianças, de denúncia da ação de grupos de extermínio responsável por altas taxas de mortalidade de crianças e adolescentes negros nas regiões metropolitanas do país; e, Campanha Nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres Negras.
- Criação do Projeto Odô Yá: HIV/AIDS e população negra (religiões de matriz africana), primeira iniciativa organizada para o enfrentamento da epidemia de HIV entre nós, liderada por religios@s de matriz africana.

1992

- Inclusão do “quesito raça/cor” na coleta de dados sobre saúde que possibilitou revelar de quão diferente são as trajetórias que brancos e negros experimentam na educação, saúde, trabalho, salários, natalidade, mortalidade e os direitos de cidadania invariantes¹⁸ analisadas nos censos demográficos;

1995

- Realização pelo Movimento Negro brasileiro da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, que incluía a criação de políticas para a saúde da população negra nas reivindicações entregues ao presidente da república.
- A partir deste ano, a atenção à doença falciforme passa a ser utilizada como um marcador da qualidade das respostas do SUS à saúde da população negra.
- Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional/GTI no governo federal, cujas tarefas incluíam formulações de ações e políticas para a saúde da população negra.

1996

- Realização da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde.

¹⁸ “Um quesito é considerado invariante quando ele aparece em todos os quadros de uma coleta censitária, ou seja, ele se cruza a todos os outros dados coletados: escolaridade, saúde, trabalho, natalidade e mortalidade, por exemplo, são pesquisados nos Censos decenais e em pesquisas paralelas de órgãos públicos, privados e associações” (CEERT, 2001, p. 5).

- Inclusão do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (SINASC) e sujeitos de pesquisa.
- Criação de programas e ações nacionais, em estados e municípios, de doença falciforme.

2000

- Realização da Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde, Brasília.

2001

- Realização em Brasília do Workshop Inter-Agencial de Saúde da População Negra, com a participação de representantes de todas as agências das Nações Unidas presentes no Brasil e especialistas em saúde da população negra. Este workshop teve como resultado a publicação Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.
- Criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional/PCRI do Ministério da Cooperação do Reino Unido/DFID e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD.
- Publicação do Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afro-Descendente do Ministério da Saúde.
- Inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal.
- Publicado o livro Saúde da População Negra de Fátima de Oliveira, pela Organização Panamericana de Saúde/OPAS.

2003

- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/SEPPIR firma um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde.
- Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre saúde da população negra.

2004

- Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN do Ministério da Saúde, junto a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.
- Realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, pelo Ministério da Saúde, com a participação de representantes do SUS e do movimento negro.
- Participação de ativistas negros na Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO, Brasília.
- Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil.
- Lançamento do Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afroatitude), do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

2005

- Realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, com debates e deliberações sobre saúde.
- Participação de representantes do movimento negro na Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, com inclusão da saúde da população negra entre as prioridades de pesquisas.
- Lançamento pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Plano Estratégico HIV/AIDS e Racismo.
- Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde.
- Lançamento pelo Ministério da Saúde das publicações Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade e Atlas Saúde Brasil, trazendo informações sobre a saúde da população negra e as desigualdades raciais na saúde.
- Inserção item sobre saúde da população negra no PPA 2006-2007.
- Realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

2006

- Lançamento da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.
- Movimento negro conquista pela primeira vez representação no Conselho Nacional de Saúde/CNS, para o mandato 2007-2009.
- Realizado pelo Ministério da Saúde o II Seminário Nacional de Saúde da População negra, Rio de Janeiro.

- O Ministro da Saúde reconhece publicamente a existência de racismo institucional no Sistema Único de Saúde e se compromete com o desenvolvimento de ações para sua superação.
- Instituído pelo movimento negro o 27 de outubro - Dia Nacional de Mobilização Pró- Saúde da População Negra.
- Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.

2007

- Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, onde solidifica-se a compreensão da PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade no SUS.
- Ministro da Saúde reafirma o compromisso do SUS com a saúde da população negra.

2008

- Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do CNS.
- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite/CIT, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.

2009

- Publicação no Diário Oficial da Portaria 992 do Ministério da Saúde, que oficializa a na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.

2010

- O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS afirma publicamente seu compromisso com a equidade em saúde e divulga a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN no seu XXVI Congresso Nacional.
- Aprovado o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288), que inclui em seu texto, a PNSIPN.

Nos últimos anos, a luta pela saúde da população negra tem provocado a criação de organizações nacionais especificamente dedicadas ao tema e mecanismos de controle

social, como a Rede Nacional de Religiões Afrobrasileiras e Saúde (2003) e a Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra (2007), que tem como propósito garantir o enfrentamento do racismo institucional no Sistema Único de Saúde, que impede o exercício do direito à saúde; e o acento na Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), criada em 2005, que busca a equidade em saúde e a ampliação do conhecimento sobre determinantes sociais para fortalecer práticas e políticas voltadas à diminuição das iniquidades em saúde.

Como discutiu Santos (1987), o movimento negro defende que não basta a cidadania ser uma declaração de princípios, sem ter seus limites em concretas situações jurídicas, sociais, econômicas e políticas. A cidadania, para ser válida, depende de condições objetivas, de poder ser reclamada e exercida.

1.3. Relações de gênero na medicina: um retrato da realidade brasileira

A diferença entre homens e mulheres é um tema central, uma categoria fundamental do modo como cada sociedade pensa a si mesma e propõe formas de organização social, e processos de socialização para ela. As relações de gêneros constituem uma referência fundamental em torno da qual se articula uma série de preceitos indispensáveis para a vida em sociedade.

No século XIX, a rígida diferenciação de características e papéis sociais tradicionalmente atribuídos a cada sexo já não dava conta de traduzir novas atitudes e comportamentos concretos. Além disso, a propagação de um ideário feminista, baseado no direito à educação e ao trabalho, requeria mudanças nas concepções a respeito das relações de gênero vigentes (Rohden, 2001).

O contexto das grandes transformações do século XIX, com fenômenos como a industrialização, a crescente urbanização, os grandes empreendimentos científicos e tecnológicos, a entrada mais efetiva da mulher no mercado de trabalho, o surgimento dos movimentos de reivindicação de direitos e a criação de novas possibilidades de relação entre mulheres e homens, gerou condições mais favoráveis para a implosão de uma nova divisão sexual de trabalho.

A medicina como instância socialmente significativa das sociedades complexas e de configuração multifacetada desperta como campo de estudos de diversos temas

relativos à vida social (Costa, 1994, p. 285). Rohden analisa os escritos médicos do século XIX na Europa, e observa que “há um enorme esforço por parte dos médicos em propor clara distinção entre os sexos e também com relação às funções e características socialmente atribuídas a cada um deles” (2001, p. 14).

É nesse sentido que a medicina e, em particular, as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução, como a ginecologia, se converteram em verdadeira ‘ciência da diferença’. A justificativa para isso foi a existência de distinções naturais, de caráter biológico e predeterminado dos sexos¹⁹. Homens e mulheres seriam naturalmente distintos em suas características físicas e, também, as características morais ou psicológicas seriam descritas com certo grau de determinismo (Rohden, 2001, p. 14).

Como discute a autora, na tentativa de “proteger” o processo de concretização da diferença, como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência se esmeraram em tentar garantir que nada prejudicasse o rumo “natural” dos acontecimentos, que teria como resultado final a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente.

Além disso, as diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passaram a oferecer a base para que pensadores sociais dissertassem sobre as diferenças sociais. A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais que reforçava não só as diferenças naturais, mas, mais do que isso, validava a inferioridade da mulher.

Dessa forma, compunham o cenário da inserção das mulheres na medicina essas distinções, conclusões e concepções de um destino dado pelo sexo – “natural” e sem escapatória, mas ao mesmo tempo profundamente “preparado” para exercer suas funções sociais.

Segundo Millan (2005), no Brasil, até o século XIX, a profissão médica foi exercida quase que exclusivamente por homens, cabendo às mulheres leigas apenas a assistência às parturientes. Comadres ou aparadeiras, como eram chamadas, aprendiam

¹⁹ Até a Renascença, o sexo era convencional e atribuído de acordo com as categorias de gênero, entre as quais estava o pênis, não como o sexo real, como uma essência, mas como um dos símbolos sociais do gênero. Criaturas com pênis externo eram declaradas homens e dotadas dos privilégios e das obrigações daquele posto social, enquanto quem só tinha um pênis interno era designado mulher e dotado de atribuições correspondentes. A autora destaca que essa concepção pode dar a impressão de que o corpo seria uma fundação para o sistema de dois gêneros. Na verdade, a masculinidade e feminilidade não residiam em algo particular, mas em um conjunto de fatores. O mais importante não era uma realidade corporal, mas manter claros os limites sociais das categorias de gênero (Rohden, 2001).

sua profissão unicamente pela experiência, vindo em geral de uma condição social inferior. Além de realizar partos, praticavam abortos e tratavam os portadores de doenças venéreas.

A primeira médica brasileira, segundo o autor, Maria Augusta Generoso Estrella, estudou em Nova York, no *Medical College and Hospital for Women*, diplomando-se em 1881. Seu sucesso chamou a atenção de Dom Pedro II, que havia financiado seus estudos, e abriu caminho para que, em 1879, as mulheres pudessem entrar nas faculdades de medicina.

Vale destacar que, ao longo da história da medicina algumas mulheres ao redor do mundo conseguiram vencer as barreiras impostas pela sociedade e se formar como médicas farmacêuticas ou parteiras. Algumas, como James Barry (1797-1867), usaram como subterfúgio se travestir de homem para ultrapassar as proibições. A maior parte das escolas que eram contrárias à entrada de mulheres mudou de posição até o final do século XIX. Porém as cátedras eram sempre ocupadas por homens e as sociedades médicas não aceitavam mulheres como membros. Apenas em 1915, as mulheres passaram a ser aceitas como membros da Associação Médica Americana (Millan, 2005).

Rita Lobato Velho Lopes foi a primeira brasileira a se formar no Brasil. Diplomou-se em 1887, 79 anos depois da institucionalização da medicina no Brasil e 45 anos depois que as faculdades brasileiras passaram a ministrar o curso de obstetrícia para mulheres, em 1832.

A partir do século XX, a mulher, definitivamente, dividiu com os homens a profissão médica. Porém, não eram aceitas em algumas especialidades, como cirurgia, ortopedia e urologia, além de raramente ocuparem altos cargos acadêmicos.

No Brasil, a feminilização da profissão só ocorreu a partir do final dos anos 1930, mesmo assim de forma acanhada, tomando impulso nas décadas seguintes (Machado, 1999). Nos anos 40, apenas 1% do contingente de médicos brasileiros com menos de 30 anos era constituído por mulheres, passando a 12,3% na década de 1950, 15,4% na de 1960, 28,6% na de 1970, 42,9% na de 1980 e 48,9% na de 1990. Nesta última década, as mulheres já perfaziam 50,5% dos profissionais.

A pesquisa²⁰ feita pelo autor a partir dos dados de Machado (1999) apresenta que:

²⁰ MILLAN, Luiz Roberto. (2005) **Vocação médica: um estado de gênero**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 70 – 71.

Na década de 2000, o mercado de serviços médicos era amplo e contava com 64 especialidades reconhecidas. Porém, apenas cinco delas concentraram mais de 60% de todos contingente feminino: pediatria, ginecologia, clínica médica, cardiologia e dermatologia. Foram apenas treze as especialidades em que essas profissionais constituíram maioria: sexologia (100%), genética clínica (91,1%), cirurgia de mão (68,2%), tisiologia (65,9%), dermatologia (61,1%), alergia e imunologia (60,2%), pediatria (59,6%), reumatologia (58,8%), nutrologia (56,7%), citopalogia (54,2%), medicina sanitária (54%) e neurologia pediátrica (50,9%).

Em treze especialidades, houve marcante predominância do contingente masculino, perfazendo 80% ou mais dos profissionais da área: medicina de trânsito (100%), ortopedia e traumatologia (97,4%), urologia (97,3%), cirurgia geral (94,8%), cirurgia de cabeça e pescoço (93,15%), radioterapia (87,8%), hansenologia (86,3%), neurocirurgia (86,3%), neurologia (86,3%), cirurgia plástica (85%), endoscopia digestiva (84,1%), otorrinolaringologia (81,6%), anestesiologia (80,9%) e medicina do trabalho (80,2%).

Entre as mulheres, as dez especialidades mais escolhidas foram: pediatria (24,5%), gineco-obstetrícia (14,2%), medicina interna (7%), cardiologia (3,7%), dermatologia (3,6%), psiquiatria (3,3%), anestesiologia (3,1%), oftalmologia (2,7%), radiologia (2,3%) e medicina sanitária (1,8%).

Entre os homens, as dez especialidades mais escolhidas foram: ginecologia (10,6%), medicina interna (8,5%), cirurgia geral (7,7%), anestesiologia (6,3%), ortopedia e traumatologia (5,4%), cardiologia (5,4%), oftalmologia (4%), psiquiatria (3,4%) e medicina geral comunitária (3,1%).

Em torno de 21% das médicas brasileiras afirmaram, na pesquisa realizada por Machado (1999), que a condição feminina influenciou a escolha da especialidade, e queixaram-se de discriminações e preconceitos. Mais adiante, apresentar-se-á como as relações de gênero aparecem nas narrativas dos médicos.

1.4. A face paulista da medicina

Como observado anteriormente, no Brasil havia uma forte associação entre a eugenia e os movimentos saneadores do início do século XX, de forma a constituir a chamada *eugenia preventiva*, inclusive no campo da saúde mental. Em resposta à

imagem internacionalizada do país como local marcado por miscigenação, degeneração racial e clima desfavorável aos brancos europeus, intelectuais brasileiros vincularam ações de saneamento e higiene pública ao movimento eugenista. Para esses brasileiros, as ações saneadoras, a vacinação compulsória das massas, as campanhas antialcoolismo e outras medidas de saúde pública constituiriam medidas de prevenção dos males hereditários e competiriam para uma regeneração racial da população (Stepan, 2005).

Era um período em que o médico era o maior responsável por determinar a vida ou a morte racial da população, sempre de uma perspectiva “científica”, o que afastava, por essa interpretação, qualquer racismo hierarquizante (Mota, 2010). Os médicos insistiam em dizer que o preconceito racial nada mais era do que uma reação de um espírito superior frente a um inferior, mostrando uma naturalização de raças superiores (brancos) e inferiores (negros).

Segundo essa perspectiva, Mota ressalta a descrição feita por médicos como J. P. Fontenelle sobre as regiões brasileiras em que se observava maior presença negra. Para eles, nessas regiões:

Predominavam o pessimismo, a pusilanidade, a preguiça, o egoísmo, a sensibilidade e – por que não dizê-lo? – o “apagamento de vontade”. Contrariamente, em clara alusão ao Sul e ao Sudeste, em que o sangue branco teria prevalecido, ficava ‘em evidência a ousadia, o destemor e a confiança no futuro, de eu deram tanta prova os antepassados bandeirantes’. Esse fracionamento regional foi incorporado, por muitos médicos e eugenistas de São Paulo, à noção de que havia ‘um corpo estranho’ na formação histórica do paulista, esse era o negro, e como tal deveria desaparecer ou ser absorvido por um projeto eugênico futuro” (Mota, 2010, p. 115).

A exemplo dessa crença tem-se a tese “Os cinco problemas da eugenia brasileira”, defendida por Pedro Monteleone na Faculdade de Medicina, em 1929, que indicava a raça como fator médico a ser computado nos diagnósticos eugênicos, hierarquizando as raças (branca, amarela e negra, nessa ordem) por seus dotes raciais. E a tese de Otávio Gonzaga, publicada em 1935, “A criança: noções de medicina e higiene” apresentava uma explicação modelar para o desenvolvimento de um ser humano, igualando o negro a um ser primitivo e não civilizado (Mota, 2010, p. 116).

Aliado a essa visão, o Estado de São Paulo ocupava posição de destaque na chamada “era do saneamento”, assim nomeada por Hochman, mas não por modelos de políticas públicas propostas pela corporação médica a partir dos dotes paulistas, e sim pela capacidade de articular conhecimento científico, produção cultural e poder político em nome de São Paulo.

Hochman constatou que, para compreender as políticas públicas em São Paulo, a excepcionalidade no campo médico-sanitarista paulista, desde o início do republicanismo, teria de ser construído um diálogo com as esferas nacionais do poder. Para ele, “uma política estadual de saúde pública tão destacada da concepção que conferia a São Paulo um lugar privilegiado, autônomo e diferenciado na política Nacional” (Mota, 2010, p. 120).

A escola médica paulista teria sido fruto de barganha da política oligárquica empreendida por Rodrigues Alves com o objetivo de promover a pacificação interna da classe dominante, buscar apoio da classe média e neutralizar simultaneamente o movimento das classes populares (Mota, 2010, p. 126).

Diante desse acordo e do jogo político construído, São Paulo via em sua escola médica o núcleo fundador de um ensino voltado para os interesses do Estado, uma vez que recebera força política pelo sistema sanitário implantado e a repercussão em todo país ocorria a partir dos encaminhamentos pretendidos no âmbito da pesquisa e do ensino (Mota, 2010, p. 127).

Essa reafirmação do Estado como referência para o Brasil – também pelos seus dispositivos médicos e sanitários – era corroborada pelos discursos e posturas que se formulavam paralelamente ao cenário político central. A discussão do “paulistanismo” -- sempre proclamando como fonte de poder e domínio paulista – era incrementada com argumentos dos órgãos médicos e de saúde pública. A propalada “excepcionalidade sanitária” nada mais era do que a ratificação dessa concepção, ou seja, as instituições médicas e seus representantes lograram, por meio do discurso científico e dos relatórios oficiais, instituir São Paulo como o Estado que viabilizaria o projeto civilizador e progressista que se tentava implantar e que, de antemão, era objeto de avaliações positivas e calorosas (Mota, 2005, p. 222-223).

Entretanto, as primeiras décadas da medicina em São Paulo, para o autor, foram tortuosas. Além de uma história marcada pela eugenia, a corporação médica paulista enfrentou uma estratégia de medicalização improdutiva, dificuldades internas para sua formação e uma desfragmentação da corporação médica. Em meio a esse processo histórico e social, que norteou a criação de políticas eugenistas de exclusão da população negra, a medicina também passava por um processo de reconstrução da profissão.

Essa discussão ajudou a arrematar a afirmação cotidiana da imagem de um espaço territorial paulista medicalizado, lócus das tecnologias avançadas e de uma história mitológica progressista, sempre rumo ao futuro idealizado, inclusive na formatação de seu povo. Um povo de “mil raças”, mas ainda hierarquizado por suas origens e, principalmente, por suas características físicas. Um passeio pelas periferias paulistas é capaz de mostrar como o racismo na cidade de São Paulo possui o rigor da luta promovida por muitos, no sentido de sua identificação e anulação (Mota, 2010, p. 118).

No período aqui aludido, mesmo com a recriação de suas explicações fundadoras, muitos médicos auxiliaram, por meio de seu saber tecnológico, posições que afirmariam a “distinção original paulista”. Um paulista que vinha sendo desfigurado, mas que se poderia restaurar, tendo no seu “passado original” o elo adequado para a restauração racial, trazendo para a atualidade um homem capaz de construir um futuro nacional civilizado e cada vez mais branco. Assim, esse passado criado como justificativa do presente, advertiu Raquel Glezer, serviu e serve até nossos dias, “pois mitos de origem são de uma utilidade para ocultar e dificultar a compreensão do passado, o que é uma forma tradicional de evitar sua superação” (Glezer, 1992, p. 10 apud Mota, 2010, p, 118).

1.5. A organização social do trabalho dos médicos na história recente das práticas em saúde no Brasil

Sabe-se que as práticas médicas, por um lado, se atualizaram de acordo com as mudanças sócio-históricas de sua finalidade, por meio das mudanças do produto que visava sua intervenção; por outro, preservaram elementos centrais de um saber e de seu exercício na produção dos cuidados, reafirmando identidades, valores e atribuições dos médicos na sociedade (Schraiber, 2008).

Além disso, as mudanças estruturais da profissão influenciaram as mudanças nos currículos de medicina. Desde 1940, implementaram-se disciplinas de humanidades médicas²¹, buscando contribuir para a formação de médicos capazes de articular competência técnico-científica moderna, conhecimento da essência humana e atitude compatível como o legítimo interesse pelo bem do outro (Rios, 2010). Entretanto, apesar do reconhecimento da sua importância, o ensino das humanidades médicas encontrou resistências de alunos e professores por diversos motivos. Não raramente essas disciplinas apresentaram carências pedagógicas, foram descoladas de outras disciplinas e, principalmente, da prática médica e consideradas desinteressantes.

Com o movimento de redemocratização, em 1985, e a eleição de Tancredo Neves marcando o fim do regime militar, surgiram diversos movimentos sociais,

²¹ As humanidades médicas são disciplinas que tem objetivos educacionais e conteúdos que trazem ao campo teórico e prático da medicina fundamentos das ciências humanas como, por exemplo, filosofia, ética, psicologia, antropologia e educação, para compreender a condição humana no âmbito da medicina e desenvolver competências para o cuidar.

inclusive na área de saúde (Movimento pela Reforma Sanitária), que culminaram na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), que lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

Esses fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986, e a promulgação da nova Constituição, em 1988. A Constituinte de 1988, no capítulo VIII da “Ordem social” e na seção II, referente à Saúde, definiu no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituinte, 1988).

Para entender como o modelo médico neoliberal procurou se articular neste momento, é importante destacar, como apontou Polignano (2003):

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante 15 anos a partir de 64, tendo recebido nesse período vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal direcionou seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando, organizar uma nova base estrutural de atenção. Com pequenas diferenças entre si, as modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Esses serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas. Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde (Polignano, 2003, p. 21).

Pioneiramente, Donnangelo (1975), já no final da década de 1960, iniciava estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social nesse contexto. Utilizou como ferramentas teóricas estudos sociológicos que lhe permitiram construir análises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais no país, rompendo com a visão dominante de que o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social (Mota, Silva & Schraiber, 2004; Schraiber, 1997).

Estudos sobre a formação e a profissão médica compartilharam dessa abordagem na qual o médico é entendido como sujeito partícipe de processos de trabalho (Rios, 2010; Bastos, 2010; Schraiber, 2008). Schraiber (2008) compreendeu o trabalho do médico como indissociável da interpretação das suas finalidades sócio-históricas, que se organizam e operam as tecnologias médicas. Os médicos, como trabalhadores, produzem e reproduzem padrões de sociabilidade característicos das sociedades modernas.

No contexto social e político vivido no século XX, Schraiber (1993) destacou, por exemplo, os conflitos morais vividos cotidianamente pelos médicos e as contradições de uma prática que se legitimava socialmente, como resposta para a busca de um bem-estar que é, simultaneamente, negado pelas exigências de produção e de mercado que a sustentavam. Particularmente relevante na análise dessa nova conjuntura, Schraiber (1993) analisou, a partir de entrevistas realizadas com médicos com longa prática clínica, a incorporação da tecnologia no exercício da profissão. A análise marcada pela perspectiva histórico-estrutural evidenciou que o médico, diferentemente das outras profissões, não perdeu a propriedade do saber e do fazer com a consolidação do modelo capitalista. Paralelamente a essa transformação da sociedade, observou-se a valorização da ciência e, assim, a intelectualização dos saberes. A medicina universalizou seus atos, tendo como objeto da sua ciência o “doente” que, nessa condição, perdeu suas diferenças sociais para poder ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Nessa condição, o ato médico se configurou como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo, assim, entrado no universo da produção em série que marcou a sociedade industrial-tecnológica (Schraiber, 1993).

Seja na busca de autonomia no trabalho que só pode realizar-se plenamente como ideologia, seja na reação conservadora ante a crise de confiança que compromete as bases interpessoais da ação cuidadora, o médico que a autora nos apresentou é profundamente humano e real.

O médico apareceu não apenas como sacerdote, artesão, cientista, comerciante, trabalhador ou agente do capitalismo. Interpelado por tudo isso, trabalhava como sujeito em interação, por meio das técnicas que desenvolvia e manuseava e como alguém em estreito contato com importantes escolhas quanto à vida boa e aos justos meios de chegar a ela, intimamente relacionadas ao cuidado da saúde em seus contextos concretos de prática.

Essa retrospectiva histórica falava da centralidade da prática médica e da sua formação como trabalhador na construção da atenção à saúde no Brasil. A compreensão do processo saúde-doença no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos (Ayres et al, 1999), portanto, deveria traduzir-se em programas de saúde que organizassem a prática médica e sua formação disciplinar -- da graduação à residência médica – e que considerassem, mais que o doente extraído do contexto, os determinantes sociais no processo saúde-doença.

1.6. Relação médico-paciente

Atualmente, em sua formação, os estudantes aprendem a manter um relacionamento profissional com o paciente, respeitar sua dignidade e privacidade, mas não aprendem necessariamente o significado mais complexo dessa dimensão de respeito, ou como de fato ela interfere na relação médico-paciente e na promoção da saúde. Por exemplo, pouco se ensina sobre o contexto sócio-cultural compartilhado por médicos e pacientes, marcado pela disparidade e discriminação de alguns grupos populacionais, como negros e indígenas.

As escolas médicas e as universidades ensinam aos estudantes, antes mesmo de iniciarem sua atuação nos hospitais, a buscar o êxito técnico, mas não os ensinam a valorizar o sucesso prático em suas ações de cuidado.

O sucesso prático vai além dos horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença para a promoção dos direitos humanos (Ayres et al., 1999; França Jr. et al., 2000).

Segundo Ayres (2009), em processos de trabalho na saúde concretamente operados, não havia êxito técnico independente dos significados da intervenção frente à situação sociocultural, econômica, política e existencial de populações e indivíduos, isto é, dependeria de que se tornasse, simultaneamente, sucesso prático. Ayres destacou que êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis: originavam-se e destinavam-se a esferas relativamente distintas da experiência.

O êxito técnico referia-se a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como” fazer. Tornou-se mais difícil ir além da negatividade da doença para definir o que é promover saúde e avançar no conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las.

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (Caprara, 1999). Nessa dimensão, interessa a esse estudo compreender em que medida a relação médico-paciente tem contribuído para aumentar a vulnerabilidade da população negra, sempre entre os piores indicadores de saúde.

Essa demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento socialmente construído como integrante da interação profissional. Tentando trazer soluções concretas a essa questão, seria necessário, como apontou Fernandes:

Investigar como ela está relacionada ao conhecimento médico e à relação mais geral entre medicina e sociedade. Na verdade, longe de ser aleatória, essa relação médico-paciente, da forma como foi estabelecida, pode ser vista como instrumento de difusão e manutenção do poder do Estado e da instituição médica sobre a sociedade. (Fernandes, 1993, p. 27).

Diferentes abordagens têm sido testadas, a fim de se obter respostas concretas para compreender e mudar essa interação. Uma delas tem sido estudar os casos de médicos que, enquanto pacientes, tiveram a iniciativa de refletir sobre o que consistia a experiência da sua própria doença e relatá-la. Outras abordagens, principalmente psicoterapêuticas, consideram como parte do processo de formação a experiência enquanto usuário da técnica, no lugar de paciente, de cliente.

O psicanalista, exemplo mais conhecido, passa por um processo terapêutico para tratar de seu sofrimento mental, motivado, em tese, por angústia semelhante àquela que leva um cliente ao consultório. O psicanalista de algum modo experimentou a trajetória da cura que ele acompanha em seus pacientes (Caprara, 1999, p. 652).

Mas seria o sofrimento mental individual comparável em todas as condições sociais – de classe, gênero, raça? Como mobilizar o lidar com um sofrimento que carregaria necessariamente uma dimensão psicossocial, a mesma mobilizada na construção das desigualdades em saúde – o racismo, o sexismo, a homofobia socialmente sistemática e programática?

Vários autores da perspectiva *construcionista da psicologia social* (Spink, 1992) contribuíram para a reflexão sobre a interação nas práticas de cuidado e têm definido

como seu campo a relação indivíduo-coletivo, ou a relação indivíduo-grupo-sociedade. Vera Paiva (2010) ressaltou que, assim como para os que adotam a perspectiva da vulnerabilidade e dos direitos humanos, o campo construcionista dependerá necessariamente da contribuição de várias disciplinas que focalizam a esfera psicossocial, autores cujos interesses são *os processos de interação* que consideram *a pessoa no contexto e o contexto na pessoa*, como ressaltou Sato (2003), fazendo menção à obra de A. M. Rodrigues. Essa abordagem prioriza os processos de trabalho em saúde que privilegiam *a conversa sobre cenas da vida cotidiana*, cujo *cenário* a ser *co-compreendido é também o contexto sócio-cultural e político* (grifo nosso).

Fernandes (1993), por outro lado, considerou que abordagens relativas aos campos distintos da prática médica devem ser consideradas nos campos hospitalar e extra-hospitalar. Na área extra-hospitalar, a humanização da prática médica dependeria, basicamente, de uma formação profissional abrangente, de modo a adaptar o médico às demandas inerentes a essa área, em que o raciocínio fisiopatológico mostrava-se frequentemente limitado. No campo hospitalar, a humanização do ato médico dependeria mais diretamente da atuação integrada de uma equipe multiprofissional.

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e, ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (Cassel, 1991, p. 10).

O presente estudo pretende colaborar para a pesquisa no que tange aos questionamentos acima expostos. Assim, apresentamos a seguir os objetivos do estudo.

2. Objetivos

O **objetivo geral** deste estudo foi descrever que sentidos e significados médicos e médicas conferem aos temas médico-sociais na sua trajetória e formação, especialmente aos determinantes sociais de gênero e raça.

Os **objetivos específicos** foram:

- Descrever como pensam gênero e raça na sua trajetória pessoal e na interação médico-paciente;
- Descrever como pensam os determinantes sociais, especialmente gênero e raça, na sua formação para a prática médica;
- Levantar sugestões para sensibilização dos médicos para uma prática que inclua pensar os determinantes sociais, em especial, raça e gênero.

3. Caminho metodológico

3.1. A escolha do tema e do objeto de estudo

A escolha do tema é resultado da necessidade de responder a duas das questões centrais dessa pesquisa: “O que justificaria a presença significativa da população negra nos piores índices nacionais de acesso à saúde?” e “Os conceitos de raça e de sexo dos médicos e dos pacientes, aprendidos durante a formação médica, são fatores que interferem na qualidade do atendimento?”

A relação médico-paciente ainda se constitui um tema marginal, frente à hegemonia do modelo biológico mecanicista que domina a formação médica. Predomina, ainda, o interesse dos médicos pela incorporação de procedimentos sofisticados nos equipamentos de última geração. Todavia, como visto na introdução quando essa tecnologia está disponível no Sistema Único de Saúde, não é acessada igualitariamente pela população. Levando-se em consideração que médicos colaboram para a manutenção das desigualdades na saúde, faz-se necessário pensar estratégias que permitam a desconstrução da naturalização das desigualdades na saúde, a partir da formação médica e da compreensão de quais fatores sociais interferem na manutenção das iniquidades.

3.2. Desenho do estudo

Considerando a necessidade de ampliar a produção científica nesta temática, optou-se pelo estudo do universo de médicos, cujo caráter pudesse levantar questões sobre a prática e possibilidades de intervenção pertinentes a esta e a futuras pesquisas.

Nesse estudo, de desenho qualitativo, pretendeu-se compreender mais densamente como os determinantes sociais de gênero e raça aparecem nas narrativas sobre a prática e a formação médica, com base em entrevistas semidirigidas com médicos preceptores envolvidos no ensino de internos e residentes, selecionados para uma amostra intencionalmente estratificada por sexo, cor da pele (amarela, branca, preta e parda), definida por autodeclaração, tal como definido pelo Censo 2010/IBGE.

Priorizou-se a abordagem de médicos envolvidos no ensino de internos e residentes, em geral, jovens e próximos da corte etária dos residentes -- portanto, mais mobilizados para o resultado prático esperado neste estudo: o debate sobre a formação médica e a implementação de mudanças nas práticas que dependem dessa formação.

3.3. Participantes da pesquisa

Foram convidados 30 médicos e médicas aqui nomeados de *preceptores*, profissionais de nível superior, responsáveis pela integração entre teoria e prática na residência. Esses profissionais ensinam, supervisionam, orientam e conduzem o aluno na prática da futura profissão.

Além do envolvimento com o ensino dos residentes, os médicos que participaram desse estudo fazem parte do grupo de profissionais que Machado (1999) e Millan (2005) consideraram estar nas seguintes etapas da vida profissional:

- Início da vida profissional: encontram-se nessa fase os médicos jovens com menos de 30 anos e que, em 1995, correspondiam a 12,3% dos médicos brasileiros. Concentram-se nas capitais das regiões sul e sudeste, sendo que mais da metade desse grupo reside no estado de São Paulo. Essa fase da vida profissional é marcada pela escolha de uma entre as 65 especialidades e sub-especialidades.
- Afirmando-se no mercado: grupo constituído por 16,8% dos médicos do país, formados de cinco a nove anos, com clientela em consultório ainda incipiente e com grande presença no setor público.
- Consolidando-se na vida profissional: médicos formados entre 10 e 24 anos, o que corresponde a 50,7% dos profissionais brasileiros. Tem até 49 anos de idade e dominam qualitativa e quantitativamente o mercado de trabalho. Cai sua participação no setor público e aumenta no consultório.

Na composição do grupo, começamos por convidar os preceptores das áreas básicas e completamos a amostra dos médicos preceptores de outras áreas. Procuramos estratificar o grupo de entrevistados por sexo e raça, portanto procurando incluir

médicos e médicas branco(as), amarelos(as) (orientais) e pardos/pretos(as) (negros/as²²). As entrevistas se encerraram quando se obteve a qualidade da informação que permitisse a compreensão da maior diversidade de respostas, desde a posição de cada especialidade até a diversidade de raça e sexo.

Foram entrevistados 25 médicos (13 médicos e 12 médicas). O perfil do grupo estudado pode ser classificado na tabela 1. A intenção foi retratar a singularidade de cada trajetória profissional e trazer à luz a diversidade das narrativas dos profissionais que compartilham da responsabilidade de ensinar, supervisionar, orientar e conduzir o aluno na prática da futura profissão (preceptor) na mesma especialidade da residência. Optou-se por utilizar nomes fictícios para preservar a identidade dos entrevistados, listados abaixo.

Tabela 1
Perfil dos entrevistados

	Nome	Sexo	Idade	Cor (IBGE)
1	Dra. Adriana	Feminino	28	Amarela
2	Dr. André	Masculino	31	Amarelo
3	Dra. Barbara	Feminino	32	Branca
4	Dra. Bruna	Feminino	27	Branca
5	Dra. Cláudia	Feminino	28	Branca
6	Dra. Daniel	Masculino	29	Preto
7	Dra. Daniela	Feminino	32	Amarela
8	Dra. Débora	Feminino	27	Branca
9	Dr. Dennis	Masculino	37	Preto
10	Dr. Diego	Masculino	29	Preto
11	Dr. Eduardo	Masculino	28	Amarelo
12	Dr. Gabriel	Masculino	27	Branco
13	Dr. Gustavo	Masculino	30	Branco
14	Dr. Helen	Feminino	28	Branca
15	Dr. Igor	Masculino	27	Branco
16	Dra. Isabel	Feminino	31	Branca
17	Dr. Juliano	Masculino	30	Branco
18	Dra. Lia	Feminino	29	Branca
19	Dr. Lucas	Masculino	27	Branco
20	Dr. Marcelo	Masculino	33	Branco

²² Negra é a definição de “raça” composta por pardos e pretos (segundo o IBGE), cujo sentido é sócio-político e não biológico, na medida em que permite pensar o processo de estigmatização e discriminação chamado de *racismo* (Ayres, 2005).

21	Dra. Monica	Feminino	27	Amarela
22	Dra. Priscila	Feminino	32	Preta
23	Dr. Rafael	Masculino	29	Amarelo
24	Dr. Reinaldo	Masculino	28	Amarelo
25	Dra. Tatiana	Feminino	45	Preta

Nesse grupo estão incluídos médicos das áreas básicas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, medicina preventiva e social e pediatria; e das seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia do aparelho digestivo, medicina da família, medicina do trabalho, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia e reumatologia. Observe-se que no texto não estão associados aos indivíduos, para não identificá-los.

3.4. Sobre a relação com os entrevistados e com o hospital-escola

Para obter a autorização de realização da pesquisa, o caminho adotado foi apresentá-la primeiramente ao chefe da residência médica, para avaliar o grau de aceitação da pesquisa e também solicitar o respaldo institucional para, em seguida, apresentá-la ao Comitê de Ética. O acesso aos médicos do hospital foi possibilitado pelo apoio formal, por meio de uma carta, do coordenador da residência médica.

Pelo ineditismo do tema, fui convencida a ampliar o conjunto de entrevistas inicialmente previsto, de seis entrevistas com médicos e médicas brancas de três especialidades, para 30 entrevistas, a fim de contemplar a diversidade das especialidades médicas e introduzir os médicos pertencentes aos grupos raciais: negro e amarelo. A ampliação da pesquisa para todos os grupos raciais pode ter sido um facilitador da validação da importância da pesquisa, uma vez que o estereótipo de grupo racial atribuído ao negro pode ser estendido a outro grupo (amarelo) que também se percebem “com cor” nas interações da vida cotidiana.

Esse processo de validação da pesquisa e autorização para o trabalho de campo ilustram bem o que Piza discutiu, ao apresentar as relações raciais no Brasil. Sobre amarelos, a autora anunciou o, ambigualmente, positivo estereótipo quando se trata de pensar sobre as relações raciais dos descendentes de asiáticos – japoneses, chineses, coreanos –, a inteligência e o sucesso profissional. Por exemplo, a autora comentou que, se um falha, alguém sempre vai se lembrar de que “japoneses são superinteligentes e bem sucedidos. Então, por que você falhou?”. Assim como, se uma pessoa negra estiver

estacionando um carro em lugar proibido, alguém pode sempre lembrar que “só negros fariam isso!”. Entre brancos, por outro lado, falhar nas expectativas que se formam em torno de alguém ou cometer uma infração de trânsito (ou qualquer outra) certamente contará com o beneplácito de alguém que se lembrará: “Coitado, nunca teve muita sorte...”. A expectativa para os três sujeitos é determinada por sua racialidade, mas apenas dois são racializados – o amarelo e o negro (Piza, 2002, p. 72), pois branco não tem cor!

Obteve-se, então, da secretária do departamento de residência médica, uma lista com os contatos de e-mails de todos os médicos preceptores e o contato das respectivas secretárias de cada departamento. Pelas diferentes dinâmicas de trabalho e horários dos preceptores, o contato que se mostrou mais efetivo foi por telefone. A pesquisadora ligou para os respectivos departamentos, identificando-se como coordenadora da pesquisa e referindo-se ao coordenador da residência, para que pudesse ter acesso aos telefones. Cabe destacar que tanto o coordenador quanto as secretárias e os preceptores de cada departamento foram muito solícitos.

Vale ressaltar que a aceitação da pesquisa de outras áreas são mediadas por relações interpessoais e relações de poder entre departamentos dos hospitais-escola. Diferentemente de outras áreas, os médicos têm sido pesquisados pelos próprios médicos e, muitas vezes, a inserção de outras ciências só tem acontecido com o aval deles próprios.

Por exemplo, a tese de Luis Roberto Millan, escrita em 2002, que deu origem ao seu livro *Vocação médica* (2005), embora elaborada por um psiquiatra e psicanalista, professor integrante da mesma universidade onde a pesquisa foi realizada, não pode ser desenvolvida dentro do Departamento de Psiquiatria. O autor destacou que, em pleno século XXI, alguns profissionais, médicos até com brilhante carreira acadêmica, donos de grande cultura geral, ainda se espantaram com a metodologia qualitativa e negaram a importância dos estudos de gênero em medicina.

3.5. Instrumentos para coleta de dados

Para a pesquisa em questão, foi necessário desenvolver instrumentos de coleta de dados capazes de apreender os significados e sentidos que os determinantes sociais, em especial raça e gênero, tem na constituição da subjetividade (aqui tomada sempre

como intersubjetividade, e não intra-subjetividade), da cultura compartilhada no cotidiano e nos discursos, nas práticas e nas atitudes destes sujeitos, para então poder sintetizá-las, criar categorias sintéticas e “contar”, observando sua distribuição entre os residentes em pesquisa com base em questionário a ser desenvolvida na sequência. Ou, seja, pretendia-se também levantar elementos nesse estudo que fundamentassem os instrumentos de uma segunda fase, tema não abordado nessa dissertação.

A entrevista aberta foi o instrumento, acompanhado da observação dos momentos anteriores e posteriores à entrevista, a observação da relação pesquisador-pesquisado e das falas informais, num desenho de aproximação etnográfica centrada em entrevistas agendadas. Na entrevista aberta, o entrevistador teve ampla liberdade para perguntas ou para suas intervenções com base em roteiro, permitindo toda a flexibilidade necessária em cada caso particular. A liberdade do entrevistador residiu numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configurasse o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou – dito de outra forma – que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado (Bleger, 1980).

A estrutura da entrevista possibilitou estabelecer um diálogo, como sugere Piza (2002, p. 73), no qual, pouco a pouco, a pessoa entrevistada fosse tomando contato com os determinantes sociais, em especial, raça e gênero; ao mesmo tempo em que mostrava por qual perspectiva percebia esses componentes como integrantes de sua própria identidade e, portanto, como mediadores de sua própria prática médica.

O questionário apresentado no anexo II é o roteiro-base das entrevistas semidirigidas realizadas junto aos médicos selecionados para a primeira etapa. A entrevista e o questionário incluíam perguntas relativas a:

- Perfil e trajetória profissional dos entrevistados tais como: idade, sexo, cor-raça, escolha da profissão e residência médica;
- Nível de conhecimento e contato com os determinantes sociais: pobreza, gênero, cor-raça, nacionalidade, religião dos diferentes grupos populacionais durante a formação acadêmica;
- Fatores relevantes para uma boa relação médico-paciente;
- Conhecimento sobre direitos humanos em saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Experiências vividas ou observadas que descrevam o impacto da raça, do sexo dos médicos e pacientes na relação médico-paciente e nas experiências de cuidado.

As entrevistas tiveram a duração média de 50 minutos e foram gravadas, transcritas, sistematizadas e discutidas pelo grupo de entrevistadores, sob a supervisão da autora desta dissertação e acompanhamento de sua orientadora.

Para a condução da entrevista, cada pesquisador se reapresentava como integrante da pesquisa, explicava do que se tratava e insistia para que ficassem à vontade para falar ou perguntar. As perguntas iniciais tinham como objetivo aquecer os entrevistados e construir uma relação de confiança.

Vale ressaltar que a cada reunião de supervisão, o instrumento foi ligeiramente aperfeiçoado, buscando-se encontrar o melhor caminho de conduzir a entrevista voltada para compreender de como o aprendizado (ou não) dos determinantes sociais e como contribui para aumentar a vulnerabilidade programática e individual de mulheres e negros.

As conversas com os médicos entrevistados sobre o roteiro também trouxeram elementos que ajudaram a reformular o questionário de forma a captar as experiências cotidianas de raça e gênero.

Acho que talvez vocês pudessem pedir que os médicos discriminassem situações de menor gravidade. Porque me parece natural, como já disse, que as situações de maior gravidade não tragam à tona essas questões raciais ou questões de gênero. Talvez no momento em que você vá entrevistar um indivíduo, possa pedir pra ele discriminar uma situação de baixa gravidade. Porque [...] a gente é treinado pra discriminar no pronto-socorro, por exemplo, entre o indivíduo que vai morrer em 5 minutos e o que não vai. O indivíduo que vai morrer em 5 minutos é prioridade e você já tem um protocolo de cima a baixo do que você vai fazer com esse indivíduo. Você é treinado pra fazer isso aqui, mas não está treinado para pensar se o cara é branco, se o cara é negro, se é homem, mulher, embora esses fatores influenciem na sua escolha, inconscientemente (Dr. Igor, branco)

Você tem alguma sugestão para aprimoramento do questionário?

Talvez fosse mais interessante [...] uma segmentação que dê respostas mais aplicáveis à realidade, porque indivíduos de diferentes especialidades vão ter percepções completamente diferentes [...]. No ambiente de pronto-socorro, talvez você consiga extrair resultados mais adequados pra modificar a realidade, pra ajudar a saúde da população. [...] Acho que as condições de atendimento podem ser um fator de segmentação, entende? Quer dizer, para o indivíduo que trabalha no ambulatório, como são essas questões? Como são essas questões no pronto-socorro, na enfermaria etc.? Acho que é uma segmentação fundamental (Dr. Igor, branco).

3.6. Sobre os entrevistadores e o processo

As entrevistas foram realizadas pela mestrande e responsável pelo campo do estudo, pela supervisão e pela orientação dos demais pesquisadores e dos estudantes de graduação, integrantes da linha de pesquisa “Pesquisa psicossocial da desigualdade: relações étnico-raciais”. Alguns desses alunos foram agraciados com a Bolsa de Iniciação Científica /PIBIC e pela Bolsa Fapesp, pelo Departamento de Psicologia Social.

Durante a pesquisa, a realização das entrevistas produziu diferentes reações nos entrevistadores. Levando em consideração que o desenvolvimento de pesquisas sobre relações raciais possibilita aos pesquisadores uma reflexão sobre si mesmos, a multiracialidade dos entrevistadores (brancos, negros e amarelos) e a trajetória de vida de cada um foi mobilizada distintamente. O encontro com o outro promoveu diferentes reações -- desde angústia, vergonha, identificação, até desprezo pelo sentimento do outro, raiva e euforia.

Diante dos entrevistados para quem a entrevista provocou vergonha e angústia, ao discutir raça e gênero, os entrevistadores, alunos de iniciação científica, possivelmente esperavam abordar uma opressão que “está lá” na sociedade, e não algo que os envolvesse diretamente. Não tinham a intenção de admitir que, se são brancos, em alguma instância eram beneficiários do racismo; e, se homens, em alguma instância eram beneficiários do sexismo. Contudo, ao adquirirem melhor compreensão sobre os conceitos de racismo, violências de gênero e suas manifestações, em contraste ou sintonia com a experiência e a narrativa dos entrevistados e pelas cenas vividas nas entrevistas, começaram a reconhecer esse legado dentro deles mesmos e os pactos narcísicos que estabeleciam com seus entrevistados.

Os exemplos a seguir expressam diferentes momentos do desenvolvimento da identidade racial de duas entrevistadoras:

Essa foi a minha primeira entrevista e eu estava nervosa para dar tudo certo e isso me afetou. Eu poderia ter aprofundado algumas coisas, feito a entrevistada pensar mais sobre alguns aspectos, como relações de gênero, determinantes sociais em geral, como nacionalidade, classe social, local de moradia. Percebi isso logo que saí da entrevista e me martirizei um pouco por isso. Somadas a essa angústia de “poderia ter sido melhor”, fui muito mobilizada pelas respostas de pertencimento étnico. Quando saí da entrevista, liguei para a Mafoane, falei que não sabia se tinha sido boa a entrevista e que

estava nervosa. Pedi a ela que viesse na minha casa ainda naquele dia para ouvirmos a entrevista. Sentia-me constrangida e preocupada, pois pensei: “eu poderia ter reproduzido essas mesmas falas e não ter dimensionado, não ter me tocado do tamanho da desigualdade que estamos falando. Não ter percebido [a desigualdade] como construção social”. Refletindo depois, recordei do que Adorno disse no texto “Educação após Auschwitz”: “é muito preocupante a não sensibilização com o sofrimento do outro, privação, diferença de acesso, diferença de recurso...”. Fiquei mesmo pensando sobre isso: como conseguimos falar disso sem mudar nem mesmo o tom da voz? Como nos acostumamos com isso? Por que naturalizamos? Por que não vemos nossa participação direta?²³ [entrevistadora 1, branca].

[...] Digeri e ainda digiro meus próprios preconceitos, que há alguns meses, mal me dava conta, mal sentia desconforto, apenas imaginava que devia ser difícil ser negro, mas nunca me ocorreu que o ser negro está muito relacionado ao ser branco e que, de alguma forma, também construo e mantenho essa dificuldade de ser negro, hoje, no Brasil. Posso dizer que ainda vivo mais o incômodo do que causo, apenas em algumas situações consigo falar um pouco desses privilégios e do cuidado que se deve tomar para não perpetuar o desprivilégio e os valores negativos associados às outras cores. Quando consigo fazer algo próximo disso, normalmente a conversa desconversa ou, raramente, o assunto se desenvolve, mas nunca sem dificuldades [entrevistadora 3, branca].

[...] Tornei-me ainda mais consciente sobre a maneira que minha cor influencia nas minhas relações interpessoais e na construção da minha identidade, além de refletir sobre o motivo de alguns comportamentos meus. Comecei a pensar em situações vividas ou ouvidas em que o fator raça estava em evidência ou sendo comentado. E isso realmente ampliou minha percepção das relações sociais e redimensionou meu mundo, ao introduzir a importância da cor-raça-etnia em nossa sociedade. [...] Como oriental, sinto mais o peso da discriminação positiva. Há certo desejo de corresponder às expectativas de ser inteligente e tirar boas notas, o que é algo que estimula o estudo e a busca ativa por novos conhecimentos [...]. Achei especialmente interessantes as representações e os estereótipos ligados a cada grupo racial, e pude entender, com base teórica, como elas se instalam na mente de um indivíduo e como se mantêm em uma sociedade [entrevistadora amarela].

Vale destacar que o racismo é perverso tanto para o discriminado quanto para o discriminador. Piza (2002) destacou que “atuar sobre um poder, muitas vezes mais simbólico do que real, sobre crenças de supremacia branca, sobre valores “neutros” e “transparentes” é um esforço igual ou talvez maior do que o que se despende para apagar das mentes de pessoas discriminadas as marcas do preconceito, do medo, da insegurança e da desigualdade”. É necessária uma vigilância constante para não reproduzir o racismo e, também, um trabalho conjunto, para muitas décadas, durante as quais as formas “consistentes” (aspas da autora) do cotidiano possam ser alteradas, a ponto de se reformular também as imagens que temos de nós mesmos e uns dos outros.

Lembro-me do momento em que comuniquei pela primeira vez a um negro, no caso, uma negra, a minha consciência do meu racismo. No

²³ Trecho extraído da apresentação oral preparada pela entrevistadora no Simpósio Internacional de Iniciação Científica – SIICUSP, 2011.

nosso grupo de pesquisa, analisamos essa entrevista e, logo após, tive um momento a sós com uma das pesquisadoras, que estava se dedicando ao mestrado e que é negra. Nessa conversa, falei exatamente sobre essas representações e sobre o incômodo que elas me causaram. Eu sentia uma culpa e ao mesmo tempo um medo imenso de alguma forma de agressão da parte dela. Pra minha surpresa, ela me sorria. E eu chorava. E, ao mesmo tempo em que nós duas sofriamos, o sorriso dela não era apenas cortesia. De fato, ela estava feliz, estava satisfeita por que estava vencedora pelo combate do racismo. Naquele momento, eu e ela, preta e branca, nos uníamos no mesmo sonho: na luta contra o racismo, através da produção acadêmica. Nossas posições, no entanto, eram opostas.

A partir daquele momento, fui uma vencedora da mesma forma que ela, mas sem paz. A minha pele é branca e a minha identidade racial é branca e sempre será. Mas não durmo com o barulho do racismo. A primeira sensação que me veio foi uma culpa e um sentimento de vergonha moral. [...] Para qualquer negro que eu olhasse, imediatamente sentia culpa. Como se todo o sofrimento que lhe fora inflingido em vida tivesse um único culpado: eu mesma. Parecia que todo o racismo do mundo recaía sobre minhas costas. Ao mesmo tempo em que eu sentia uma imensa vontade de entrar nos espaços da discussão da negritude, do racismo, da branquitude também, o contato com o tema era forçado: me causava sofrimento. [...] Isso não é, porém, uma questão individual, embora apareça dessa forma para o sujeito que a vive. A identidade é um constructo social e, nessa medida, tanto a identidade negra, que se manifesta no sujeito como menos-valia, quanto a identidade branca, dada numa oposta supervalorização, são socialmente estruturadas. Não se trata, assim, de uma questão individual, mas de uma questão de socialização. (entrevistadora 2, branca)

Ao iniciar a pesquisa, não dispunha de uma metodologia específica que pudesse dar conta, com qualidade, do melhor modo de ajudar os entrevistadores a lidar com todos esses sentimentos. Todavia, ajudou-me a abordagem psicossocial do processo formativo em relações raciais desenvolvida pelo Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades -- CEERT. A metodologia da instituição pressupõe diálogos, debates, leitura de textos que ajudem a compreender as causas políticas, econômicas e sociais do racismo e das desigualdades de gênero, como também exercícios simulados que visam explorar também o impacto subjetivo do racismo (Bento, 2002).

Bento chama a atenção para a importância da discussão sobre identidade racial branca e negra, que pode auxiliar as pessoas a entender o processo pelo qual estão passando. Muitas vezes o início dessas transformações ocorre durante o processo de formação. A consciência desse processo pode ajudar a implementar estratégias para melhorar o diálogo inter-racial, reduzir resistência e apoiar o desenvolvimento dos estudantes:

- ➡ Criar um ambiente seguro – essencial para superar o medo dos estudantes de quebrar o silêncio;
- ➡ Poder da produção do próprio conhecimento – criação de oportunidades para que os próprios alunos produzam conhecimento é uma ferramenta para limitar o estágio inicial de negação que muitos experimentam;
- ➡ Conhecer o problema – ajudar os alunos a compreender que os sentimentos (culpa, vergonha, constrangimento ou raiva) podem se constituir parte do processo de aprendizado é eticamente necessário e ajuda a tornar normal a experiência;
- ➡ Fortalecer o poder dos participantes como agentes de transformação – elevar a consciência das pessoas de que aspectos condenáveis devem ser acompanhados de possibilidade de mudança.

Para prepará-los para o campo da pesquisa, quinzenalmente foram discutidos textos de aprimoramento dos conhecimentos em relações raciais e, para exercitar o aprendizado, cada pesquisador foi incumbido de testar os argumentos e o roteiro em um médico ou aluno de medicina. Por se tratar de um tema que poderia provocar resistência nos entrevistados, sugeriu-se que procurassem entre pessoas conhecidas, ou apresentadas por conhecidos, os sujeitos que seriam interrogados, pois a familiaridade assegura condições de comunicação não violenta.

O instrumento de trabalho do entrevistador é ele mesmo, sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação interpessoal, com o agravante de que o objeto que deve estudar é outro ser humano, de tal maneira que, ao examinar a vida dos demais, se acham diretamente implicadas a revisão e o exame de sua própria vida, de sua personalidade, seus conflitos e suas frustrações. Os médicos, psicólogos e psiquiatras são técnicos encarregados profissionalmente de estar todos os dias em contato estreito e direto com o submundo das doenças, dos conflitos, da vida e da morte (Bleger, 1980). Vale ressaltar que a cor das(os) entrevistadoras(os) é fator relevante nas experiências científicas sobre relações raciais e de gênero.

A antropóloga norte-americana Angela Gilliam, num seminário para a equipe e com base na sua experiência científica, já havia alertado para a necessidade de se atender à paridade racial, sobretudo por pertencermos a um país racializado, atravessado por tensões nem sempre explícitas e declaradas entre brancos e negros. A paridade surgiu, portanto, como uma nova exigência a ser observada nas entrevistas para propiciar o discurso livre do entrevistado, a despeito desse discurso livre ser entendido como modulado/entrecortado pela angústia e ansiedades psicológicas (Carone, 2002, p. 21).

A experiência confirmou que a interação entrevistado-pesquisador para compreender o racismo e as violências de gênero sofre influência da identidade do pesquisador, assim o pertencimento racial e o sexo de quem entrevista, acabam por influenciar na relação de confiança do entrevistado (Bento, 2002; Schraiber, 1993). Portanto, brancos entrevistaram brancos, negros entrevistaram negros e orientais entrevistaram orientais; e, sempre que possível, homens entrevistaram homens, e mulheres entrevistaram mulheres.

O papel de coordenadora do grupo de pesquisa possibilitou à mestrandia refletir sobre seu papel de mulher, pesquisadora e negra, além de permitir pensar sobre os elementos necessários para promover reais transformações das relações raciais no Brasil sem cair no “problema dos negros”.

A ansiedade do entrevistadores foi um dos fatores mais difíceis de lidar no desenvolvimento do campo da pesquisa e, ao mesmo tempo, o motor do interesse na investigação e do interesse em penetrar no desconhecido. Toda investigação implica a presença de ansiedade frente ao desconhecido, e o investigador deve ter capacidade para tolerá-la e poder instrumentalizá-la, sem o que se fecha a possibilidade de uma investigação eficaz. Isso ocorre também quando o investigador se vê oprimido pela ansiedade e recorre a mecanismos de defesa, como racionalização, formalismo, etc.. No caso da entrevistadora 2, dois elementos mencionados por Bleger (1980) ficaram evidentes: a contratransferência e a angústia.

A entrevista trouxe a consciência das representações atribuídas ao negro na sociedade. Embora a entrevistada fosse médica psiquiatra reconhecida, no imaginário da entrevistadora ela parecia deslocada dessa profissão [...] Para mim, naquele momento, ela “tinha muito mais cara” de cozinheira, de merendeira, de empregada doméstica que de médica psiquiatra. Apesar disso, do ponto de vista intelectual, ela nada deixava a desejar em relação a qualquer médico que eu já conhecera na minha vida. [...] Nada disso, porém, supera a cor como estigma: nada disso me impediu, como mulher branca, de ter uma série de representações racistas sobre ela, mulher negra. O sentido de ser branco no Brasil e a percepção de ser racializado, quando se apresenta, ao invés de constituir ausência dessa percepção, é percepção de superioridade. A percepção de branquitude veio, nesse caso, como incômodo pela constatação desse sentimento de superioridade em relação à consciência pelo próprio racismo. Esse é apenas um jeito muito bonito [...] de dizer que tive que passar pelo reconhecimento do meu próprio racismo, reconhecer que eu era racista²⁴ [entrevistadora 2, branca].

Chama a atenção, nas duas descrições, a irritação, o bloqueio, a identificação com os entrevistados, o carinho, a rejeição e a sedução também apareceram. São

²⁴ Trecho extraído da apresentação oral preparada pela entrevistadora no Simpósio Internacional de Iniciação Científica – SIICUSP, 2011.

indícios contra-transferenciais, que os entrevistadores devem perceber como tais, à medida que se produzem, e tem que resolvê-los, analisando-os para si mesmo em função da personalidade do entrevistado, da sua própria, e em função do contexto e do momento em que aparecem na comunicação.

Há muitos desafios a serem enfrentados quando se discutem relações raciais em um grupo misto de pesquisadores (negros, amarelos e brancos), mas a experiência tem revelado que, de fato, é uma genuína experiência de formação política, pois tem possibilitado emancipação e libertação.

Nos primeiros momentos da entrevista, me contou um pouco das dificuldades que enfrentou ao chegar à cidade grande. Compartilhei, em parte, dessas experiências, por ser do interior como ela. Quando o assunto começou a entrar mais nas questões étnico-raciais e de gênero percebi certa retração ao responder as perguntas, me senti mal por causar o desconforto e, quase automaticamente, tentei amenizar. Alguns dias após a realização da entrevista fui escutá-la pela primeira vez, percebi que amenizei os questionamentos para a entrevistada porque percebia nela algumas dificuldades que já vivenciei e vivencio, dificuldades em lidar com o próprio preconceito. Naquele momento, em que estávamos as duas, atuei como alguém que tentava entender e amenizar a gravidade de certos julgamentos, como tentativa de absolvê-la, de deixar espaço para entender outra coisa, que não fosse tão grave ou tão agressiva em relação ao outro, nesse caso específico, aos negros e, em certa medida, às mulheres. Eu estava do lado dela na tentativa de omitir a discriminação. Era como se fosse possível acreditar que não existia, se não se explorasse esse tema. No fundo, eu não queria escutar [entrevistadora 3, branca].

3.7. Momentos informais

Como apontou Schraiber (2008), os momentos informais de aproximação são vitais para a própria investigação, uma vez que determinam as bases da relação interpessoal, com a formação de vínculos que ultrapassam o formal, criando laços de confiança, pelo mútuo interesse que se estabelece entre as pessoas, fato desejável. A conversão do entrevistado em objeto inerte de pesquisa exclui qualquer possibilidade de se criarem relações capazes de ensejar um trabalho de investigação dessa natureza e, além do mais, essa aproximação não representa esforço negativo para qualquer das duas partes.

Um dos aspectos fundamentais para o enriquecimento desta pesquisa foram as conversas informais que a pesquisadora teve com amigos (médicos ou não) brancos e negros sobre a própria pesquisa. Em rodas de conversa, sempre que fazia menção dos

dados de desigualdades na saúde, publicados por institutos de pesquisa como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -- IPEA e da Fundação Oswaldo Cruz, a reação no final das discussões era sempre de concordância, seja por as pessoas terem vivido experiências ruins parecidas com as relatadas (no caso dos negros), seja por entenderem que existe racismo e discriminação no Brasil, no caso de brancos e orientais. No caso desse último grupo, observaram-se dois tipos de reações: aquelas que, antes de concordar, se espantam e perguntam: “Mas isso acontece mesmo?”; e aquelas que concordam e começam a dar exemplos dos amigos que discriminam, como se o preconceito e a discriminação estivessem sempre no outro.

Na situação acima, fica clara uma das facetas do que Frankenberg (1999), uma das precursoras dos estudos sobre branquitude, definiu sobre a identidade branca: um lugar estrutural em que o sujeito branco vê os outros e a si mesmo. Se ele é “igual”, as outras pessoas também são “iguais”, mas “igual” a quem?

Além disso, a entrevistadora tinha a ideia de que o corporativismo e a unicidade do discurso médico poderiam dificultar a fluidez das entrevistas, mas, ao conversar com quatro médicos, obteve quatro respostas diferentes sobre as perguntas: “Seu sexo interfere no atendimento e na relação médico-paciente?” e “E sua cor, interfere no atendimento e na relação médico-paciente?”. Não era esperado ouvir atitudes racistas e isso possibilitou ir além da descrição das experiências cotidianas dos médicos e das médicas dos diferentes grupos raciais e propor alguns caminhos para aprimorar a relação dos médicos com os determinantes sociais.

O doutor Alessandro²⁵, por exemplo, relatou informalmente que no hospital público em que trabalha há grande presença de bolivianos entre os pacientes. E, sempre que atendia pessoas desse grupo racial, por mais que fizesse esforço, acabava por ter atitudes racistas e discriminatórias. Ao ser questionado ao que se devia sua postura, ele respondeu que era pelo fato de nunca ter convivido com pessoas daquele grupo racial fora do hospital, e isso o limitava a pensar de forma estereotipada. Quando questionado sobre o que poderia fazer para mudar de atitude, ele disse não saber como lidar com seu preconceito e sua discriminação, uma vez que entendia que sua atitude não advinha de um fenômeno racional.

Como esse médico, alguns dos entrevistados demonstraram interesse em lidar com seu preconceito e sua discriminação, mas não dispunham de ferramentas que

²⁵ Nome fictício

possibilitassem reflexão, uma vez que raramente foram provocados a pensar sobre o tema.

3.8. Aspectos éticos

Como o Instituto de Psicologia estava sem Comitê de Ética em funcionamento, a pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CaPPesq, da diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelo protocolo de Pesquisa nº 0365/11.

O coordenador da Comissão de Residência da instituição pesquisada foi responsável por intermediar a relação com os preceptores, indicando como proceder no convite aos médicos com atuação no hospital-escola escolhido. As entrevistas com os médicos iniciaram-se em julho de 2011 e encerraram-se em março de 2012.

Como parte dos procedimentos éticos desejáveis nas abordagens de direitos humanos em saúde, pretende-se organizar uma sessão devolutiva aos participantes e interessados da instituição em que foi realizada a pesquisa, onde serão apresentados os resultados.

O termo de consentimento, livre e esclarecido em anexo, foi elaborado de acordo com as regras estabelecidas pela resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com o modelo oferecido pela faculdade em questão.

3.9. Análise dos resultados

A análise crítica das narrativas obtidas por meio das entrevistas foi orientada por uma perspectiva construcionista social, pela noção de raça e gênero como construtos sociais e categorias de análise, que têm sido operativas nos estudos que pensam o processo saúde-doença no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Algumas das categorias que organizaram o conjunto das narrativas foram mobilizadas pelo roteiro (determinantes sociais, por exemplo); outras emergiram das narrativas (acesso, currículo oculto, empatia), como veremos a seguir.

3.9.1. Determinantes sociais

A literatura, as entrevistas-testes e as conversas informais com médicos ressaltaram a resistência ao tema do racismo. A inclusão das relações raciais no roteiro de entrevistas, no âmbito de um conjunto de “determinantes sociais”, termo de uso comum na literatura e com sentido reconhecido pelos entrevistados, foi, portanto, uma categoria importante, provocada pelo roteiro de entrevista.

A compreensão da saúde a partir de seus determinantes sociais é fundamental no quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade, para o reconhecimento da necessidade de se ultrapassar os limites do setor saúde, para se promover ações voltadas para a resolução de distorções e desigualdades na procura, acesso e utilização dos serviços nesse campo. Isso envolve múltiplos fatores e causalidades como (re) distribuição de renda; qualidade de vida na infância; instrução; emprego; condições de trabalho; acesso a serviços preventivos; entre outros. É por isso que o tema dos determinantes sociais em saúde vem ganhando destaque no contexto internacional, por meio do trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS), que instituiu uma Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde em 2004. Essa comissão tem como meta global a busca de equidade em saúde e lidera um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde, com o objetivo de fortalecer práticas e políticas voltadas à diminuição das iniquidades em saúde (Cebes, 2009).

Seguindo o mesmo caminho, o governo brasileiro criou a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde -- CNDSS, em março de 2005. A CNDSS é resultado de um processo de construção da Reforma Sanitária, que teve como um dos seus êxitos a incorporação do artigo 196 na Constituição Federal do Brasil, aprovada em 1988, que expressa que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Fleury, 2009).

Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde -- CNDSS, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

As diversas definições de *determinantes sociais de saúde* (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Apesar da comissão e de outras conquistas no campo da saúde, os estudos desenvolvidos pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES reforçam que grande parte da população brasileira ainda sofre com problemas que fundamentam as iniquidades em saúde, tais como o desemprego, a falta de acesso à moradia digna, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde e educação de qualidade e de meio ambiente protegido. O estudo de tais iniquidades e de seus determinantes sociais é fundamental para se formular estratégias políticas efetivas que assegurem o avanço da democracia e a expansão da cidadania (2009).

3.9.2. Preconceito, discriminação, estereótipo e atitude

Como dito anteriormente, embora sejam grandes os progressos com a promulgação da Constituição de 1988, o direito à saúde não tem sido assegurado no mesmo nível e com a mesma qualidade de atenção, em especial, para a população negra. Para compreender os mecanismos que impedem a efetivação do direito, é importante conceituar mecanismos que geram as desigualdades: preconceito, discriminação, estereótipo e atitude.

Primeiramente, para estudar e entender o preconceito, é necessário recorrer a mais de uma área do saber. Embora esse seja um fenômeno psicológico, aquilo que leva o indivíduo a ser ou não ser preconceituoso pode ser encontrado em seu processo de socialização, no qual se transforma e se forma como indivíduo. Ou seja, aquilo que permite ao indivíduo se constituir é também responsável por ele desenvolver ou não preconceitos. Sua manifestação é individual, assim como responde às necessidades irracionais do indivíduo, mas surge no processo de socialização como resposta aos conflitos então gerados (Crochík, 2006, p.14).

Crochík ressaltou que há diversas complicações inerentes ao conceito de preconceito. Uma delas se refere a que o indivíduo preconceituoso tende a desenvolver preconceitos em relação a diversos objetos: ao negro, ao homossexual etc, o que já indica uma forma de atuação desenvolvida por ele de certa maneira independente das características dos objetos alvos do preconceito, distintos entre si (Crochík, 2006, p. 13).

E, mais do que as diferenças individuais, o que leva o indivíduo a desenvolver preconceitos, ou não, é a possibilidade de ter experiências e refletir sobre si mesmo e sobre os outros nas relações sociais, presentes no processo de socialização (Crochík, 2006, p. 19).

Ao dizermos que o preconceito é um tipo de valor que atribuímos aos objetos que se constituem em suas vítimas, recaímos necessariamente na esfera da moral. E, de fato, o valor, em conjunto com o afeto, é o que nos predispõe ao preconceito. Quando dizemos que algo é bom ou mau, sem que esse juízo seja espontâneo (mesmo que possa aparentar espontaneidade) ou sem que reflitamos sobre sua racionalidade, explicitando sua validade quer para o indivíduo quer para a sociedade (mesmo que possa apresentar uma aparente racionalidade), estamos sendo preconceituosos (Crochik, 2006).

Por exemplo, a não aceitação das cotas para negros pode parecer espontânea, imediata, mas é produto de diversos fatores: ideológicos, econômicos, psíquicos etc. Desse modo, essa reação não é imediata, mas nem por isso é fruto da experiência e da reflexão. Ainda sobre esse tema, as explicações dadas -- de que os negros querem usar as cotas como forma de subverter o vestibular e querem entrar pela porta dos fundos -- escondem o próprio desejo dessa subversão por aqueles que os acusam.

Assim, tais explicações, embora procurem fatos objetivos que as sustentem, servem para ocultar os próprios desejos dos perseguidores, e, como ideologia servem para justificar a exclusão. Dessa forma, aquilo que aparenta racionalidade não é necessariamente racional (Crochík, 2006).

Já o processo de discriminação deve ser compreendido como ação que produz impacto "diferencial e negativo" nos membros do grupo discriminado. O processo de discriminação vivenciado pelos usuários nos sistemas de saúde está intimamente relacionado às iniquidades sociais, tema central do quadro da vulnerabilidade, em que a análise da qualidade dos programas de saúde capazes de diminuir a vulnerabilidade social de determinados segmentos, como a população negra, pode ser mitigado. Esse foi o tema, de certo modo, organizador do roteiro de entrevista. Ao utilizarem os serviços de saúde, usuários se deparam com inúmeras dificuldades, expressas na demora no atendimento, na não explicação por parte do profissional sobre os procedimentos médicos adotados no decorrer da consulta, na “peregrinação” dos usuários por várias unidades de saúde em busca do atendimento para sua patologia específica, além da ausência de acolhimento e respeito (Fleury, 2009).

Essa realidade é configurada principalmente no âmbito do Serviço Público de Saúde. Pesquisas demonstram que os usuários do SUS são aqueles que mais vivenciam situações de discriminação, seja pela condição de classe, atreladas à falta de poder aquisitivo, ou ainda por várias dimensões que se entrelaçam, como: raça, gênero, local de moradia, baixa escolaridade, entre outras (Fleury, 2009, p. 44).

Segundo os dados da Pesquisa Mundial de Saúde, “as principais formas de discriminação apontadas pelos respondentes foram: a falta de dinheiro e a classe social, sendo importante notar que os percentuais de indivíduos que se sentiram pior tratados, por motivos relacionados à exclusão social, foram sempre maiores para os usuários do SUS, em comportamento oposto aos princípios (universalidade, integralidade e equidade) que regem o sistema de saúde brasileiro” (LEAL et al, 2005).

Essas situações demonstram que as políticas de saúde devem reconhecer a importância dos determinantes sociais na produção do binômio saúde-doença, considerando que a equidade e a utilização dos serviços de saúde deverão considerar as múltiplas dimensões que caracterizam o que Creshaw (2005) definiu como interseccionalidade²⁶. A autora destacou ainda que as ações discriminatórias dentro de uma área institucional são frequentemente relacionadas à discriminação em outros cenários, sendo importante compreender os aspectos discriminatórios relacionados a esses grupos sociais de forma ampla. Ou seja, muitas vezes os sistemas de saúde acabam por absorver o mesmo estereótipo presente no conjunto da sociedade, reforçando a discriminação (Fleury, 2009, p. 44).

É possível falar-se ainda em discriminação *vertical* e *horizontal*. A *vertical* ocorre quando há maior dificuldade para determinados indivíduos e grupos de ter acesso a certos postos e posições mais elevados e melhor remunerados no hospital, como costuma ocorrer ainda em relação a negros e mulheres. A *horizontal* ocorre quando os empregos ocupados por esses grupos, majoritária ou tradicionalmente, são pior remunerados e socialmente desvalorizados, como ocorre com as médicas (Gosdal, 2002). Dados empíricos, levantados por Machado (1999) mostraram que, no Brasil, as

²⁶ A *interseccionalidade* é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Fleury, 2009, p. 44).

mulheres sofrem discriminações de seus colegas, concentram-se na faixa de renda mais baixas: 62,2% ganham até US\$ 2 mil dólares, quando apenas 34% dos homens se encontram nessa situação. Ocorre o inverso na faixa de salário mais elevada: 20,7% dos homens recebem entre US\$ 4 e 8 mil dólares, e apenas 5,2% das mulheres tem esse rendimento.

Há também a discriminação positiva, ou ação afirmativa, que compreende o conjunto de medidas legais e de práticas sociais destinadas a compensar uma situação de efetiva desigualdade em que se encontre determinado grupo social, possibilitando o acesso ao sistema legal, tornando-se viável para esses indivíduos o exercício de direitos fundamentais. Significa o estabelecimento de favorecimentos a algumas minorias socialmente inferiorizadas, juridicamente desiguais, destinados a facilitar a igualdade real (Gosdal, 2002).

O estereótipo é o rótulo, a noção padronizada, a respeito de certas pessoas ou grupos, generalizando-se características. Podem ser positivos e negativos -- por exemplo, as ideias de que todo japonês é inteligente ou todo negro é preguiçoso.

Por fim, os sentidos e significados atribuídos a determinado grupo têm um papel importante na gênese dos preconceitos, lembrando que elas constituem uma predisposição psíquica anterior à ação, sustentada por emoções de diferentes naturezas como hostilidade, aversão, ódio, simpatia, carinho etc. Portanto, preconceito não é uma ação, mas uma predisposição que pode ou não culminar em ação (Santos, 2009).

Dito de outra maneira, a atitude, de um lado, é composta por opinião ou um conjunto de opiniões. A opinião é ingrediente-chave da atitude, pois é a forma discursiva assumida por percepções, lembranças e ideias. Por outro, não é inclinação emotiva, está sempre acompanhada de impulso ou sentimento. Quando a atitude se forma de modo automático, adotada de fora para dentro, sob forma repetitiva e de modo irrefletido, as opiniões tendem ao estereótipo e os afetos ao impulso (DFID, 2002).

3.9.3. Gênero como constructo social e categoria de análise

O roteiro mobilizava diretamente o sexo do médico ou da médica e dos pacientes para investigar como participavam da interação médico-paciente. Foi introduzido também para compor o pano de fundo dos determinantes sociais, já que hoje o debate sobre a igualdade entre homens e mulheres e a não discriminação com base no sexo já

provoca menos estranhamento, em função das conquistas da mulher. Ao mesmo tempo, ajudava os entrevistados a entrar em contato com o tema da desigualdade e com um componente da discriminação que interessava investigar, fortemente no caso das relações raciais implicadas nos encontros médico-paciente-usuário.

Assumiu-se, portanto, a categoria *gênero de análise*, tal como definida por Scott (1994) e Moore (1997), fundamental para a compreensão da interação intersubjetiva e dos sentidos atribuídos ao feminino e ao masculino, que atravessam todos os aspectos da vida social. Para Scott, trata-se de relações implicadas entre os gêneros construídas histórica e socialmente. Scott articula a noção de construção social com a noção de poder que hierarquiza e produz a dominação-submissão das mulheres, presente no processo dessa produção, fundamental para compreendermos a construção social e programática da interação médico-paciente, dizendo por fim que gênero:

[...] tem duas partes e diversas subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser distinguidas na análise. O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e mais, o gênero é uma forma primeira de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1994, p. 13).

Moore (1997) e Stepan (2005) observaram que o que se consideram fatos naturais, “essenciais” ou ancestrais de diferença sexual não decorrem de uma percepção não-problemática e objetiva da anatomia e fisiologia entendidas pela mente de um observador neutro; antes, são construções complexas e essencialmente sociais legadas a práticas e instituições mais abrangentes da sociedade (Moore, 1997; Stepan, 2005).

As intelectuais feministas introduziram a categoria e o conceito de *gender* (gênero) nas discussões em língua inglesa, precisamente para indicar que nosso entendimento das diferenças sociais ou dos papéis sociais e políticos, considerados apropriados a essas diferenças, não são óbvios, como frequentemente considerados, ou baseados simplesmente em diferenças bem conhecidas de fisiologia e anatomia sexuais. As diferenças sexuais na reprodução não bastam para explicar por que, no passado, negava-se às mulheres o direito ao voto, o direito de estudar, ou por que elas eram excluídas de certos tipos de trabalho²⁷ e tratadas legalmente como incapazes. Tais

²⁷ A primeira mulher a obter o título de médica no Brasil foi Rita Lobato Velho Lopes, em 1887. O importante a notar é que, durante o século XIX e a primeira metade do século XX, a exclusão feminina dos cursos secundários inviabilizou a entrada das mulheres nos cursos superiores. Assim, a dualidade e a segmentação de gênero estiveram, desde sempre, presentes na gênese do sistema

aspectos da vida das mulheres estão relacionados, ao contrário, com uma produção social de um gênero subalterno, e são essencialmente políticos e normativos, e não biológicos e anatômicos. Nessa mesma linha, porque se tratou primeiro da dominação feminina, o gênero masculino foi pouco explorado e problematizado com componente fundamental da manutenção das desigualdades de gênero (Stepan, 2005).

3.9.4. Raça como constructo social e categoria de análise

O conceito de *raça*, usado neste trabalho, é o de *raça social* (Guimarães, 1999), retomado por Schucman (2012). Isto é, não se trata de um dado biológico, mas de uma construção social desenvolvida para manter e reproduzir diferenças e privilégios. Para o autor, mesmo sem validade no bojo das ciências biológicas, a existência de raças humanas são, contudo, “plenamente existentes no mundo social, produtos de formas de classificar e de identificar que orientam as ações dos seres humanos” (Guimarães, 1999 apud Schucman, 2012: 36).

Guimarães (1999) destaca um aspecto relevante nessa direção:

[...] por mais que se repugne a empulhação que o conceito de “raça” permite – ou seja, fazer passar por realidade natural preconceitos, interesses e valores sociais negativos e nefastos –, tal conceito tem uma realidade social plena, e o combate ao comportamento social que ele enseja é impossível de ser travado sem que se lhe reconheça a realidade social que só o ato de nomear permite (Guimarães, 1999, p. 9).

A crescente produção de indicadores sociais tem contribuído para evidenciar um Brasil racializado, hierarquizado e desigual. O racismo à brasileira é nitidamente uma estratégia da elite branca para diminuir ou dirimir os entendimentos e consensos em torno das desigualdades diversas ocasionadas por este racismo. Desta forma, a elite defendeu por um longo período que a noção de raças e suas consequências não estava presente na realidade brasileira uma vez que nunca tinha sido objeto de legislação ou padrão regulado pelo estado para criar, identificar e reforçar diferenças. Segundo Schucman (2012, p. 43) a ideia de “democracia racial e o branqueamento também são entendidos como manobras políticas das elites, tendendo a encobrir ainda mais todo

educacional brasileiro, sendo que as mulheres tinham menores taxas de alfabetização e tinham acesso restrito nos graus mais elevados de instrução (Millan, 2005).

processo de reconhecimento das discriminações brasileira”. Lilian Schwartz aponta que o povo brasileiro é tão preconceituoso que tem preconceito de ter preconceito.

Vale ressaltar que a cor da pele foi um marcador descritivo, importante como organizador das conversas durante as entrevistas, mas pelos motivos anteriormente mencionados, menos interessante do que a noção de raça e racismo, para analisar a interação médico-paciente no quadro de análise escolhido.

Segundo Lopes, o racismo é “um fenômeno complexo caracterizado e de caráter ideológico que atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões ‘desviantes’, que justificam o tratamento desigual” (Lopes, 2005, p. 16). Para ela, o racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas, as pessoas reproduzem atitudes racistas consciente ou inconscientemente. Acrescenta que o racismo tem sido traduzido em políticas e arranjo sociais que tem limitado oportunidades e expectativas de vida. Sendo ele um fenômeno ideológico, sua dinâmica é revitalizada e mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos (Fleury, 2009, p. 48).

3.9.5. Relações raciais e racismo institucional

Como o interesse de estudo são as interações médicos-usuários, as entrevistas serão analisadas com base nos conceitos de racismo, racismo institucional, discriminação racial e branquitude discutidos por Werneck (2005), Bento (2002), Carone (2003), Piza (1998), Frankenberg (1993), Kalchmann (2007) e Santos (2009).

De acordo com Werneck (2005), a presença do racismo na saúde não é fenômeno somente brasileiro. A III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas apontou, por exemplo, o racismo como fator de produção de iniquidades em saúde a que estão expostas as populações africanas e afrodescendentes. Para a autora, a desigualdade racial e o racismo estabelecem-se no setor de saúde tanto do ponto de vista institucional e corporativo, quanto individual, no “face a face” da relação entre profissionais e seus clientes. Para ela, as dificuldades de acesso e qualidade de serviço apresentam disparidades importantes. A autora destacou as várias definições de racismo institucional:

1) “a forma de racismo que se estabelece nas estruturas de organização da sociedade, nas instituições, traduzindo interesses, ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos racialmente dominantes” (Werneck, 2005, p. 339-340). Esse conceito fala não só do privilégio branco, mas de suas ações para o controle, a manutenção e a expansão dessas prerrogativas via apropriação do Estado. Para ela, o racismo institucional é um auxiliar importante na compreensão da abrangência do racismo e seus mecanismos de perpetuação, além de ser a ferramenta para sua superação.

2) “a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação através de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam minorias étnicas”, segundo a Comissão Britânica para a Promoção da Igualdade Racial (Werneck, 2005, p. 340).

Santos (2009) ilustrou que o racismo institucional pode funcionar sem que opiniões ou preconceitos estejam em causa; haveria uma dissociação do ator e do sistema. Temos interesse em observar se há discriminação racial dissimulada, como se discute no campo dos estudos de racismo institucional, na medida em que se sabe que, espontaneamente e de maneira voluntária, não tem ocorrido mudanças nas condições sociais da população negra, tem sido necessários muitos investimentos das instituições nessa direção. A noção de racismo institucional sugere que este atravessa as estruturas sociais como, por exemplo, o sistema de saúde, sem ter necessidade de forte estruturação ideológica ou doutrinária, e pode ainda depender de mecanismos que funcionam moldando seus atores sociais.

O racismo institucional é definido como o “fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica” (DFID, 2006). O racismo passou a ser identificado como situação que poderia ocorrer independentemente da vontade das pessoas, reconhecendo que certas práticas, realizadas por instituições, podem certamente discriminar, criar

obstáculos, impedir e prejudicar os interesses de um grupo por causa de sua raça, de sua cor (Santos, 2009).

Para se entender o racismo institucional, é necessário compreender as diferentes dimensões das relações interpessoais e das relações político-programático.

A primeira dimensão diz respeito às relações que se estabelecem entre os profissionais de determinada área; a segunda dimensão pode ser caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre experiências diferentes e/ou desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade de reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para identificação de práticas discriminatórias; promoção da igualdade, garantindo que as diferenças não se convertam em desigualdades (DFID, 2006, p. 21).

3.9.6. As interações cotidianas e a psicologia social construcionista na saúde

A vida cotidiana e as interações entre pessoas, de interesse deste estudo, são tema central da psicologia social que tem, no Brasil, presença importante para pensar a saúde. Mary Jane Spink (1992) identificou dois tipos de interface da psicologia com a saúde. Como disciplina explicativa do processo saúde-doença, a autora observava que, por muito tempo, as teorias psicológicas abordavam a saúde de uma perspectiva apenas intra-individual e que, quando a psicologia incorporou a dimensão social, o fez “mecanicamente”, como frequentemente o faz a epidemiologia do risco. À incorporação mais dinâmica da dimensão social na psicologia, Spink chamava de “postura construtivista”, que, depois da AIDS, chamou-se *construcionista* (Paiva, 2010).

Na vertente que atua no campo dos estudos de gênero e sexualidade ou no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos (Paiva, 2008), as práticas discursivas são abordadas preferencialmente com foco na dinâmica da vida cotidiana, com base em uma concepção de pessoa em interação, de discursos em interação, sujeito de discursos a cada cena, numa perspectiva mais dramatúrgica da intersubjetividade. Para compreender cada questão (de pesquisa ou para a prática), busca-se a observação direta de cenas cotidianas ou a construção de narrativas sobre essas interações na vida cotidiana no formato de cenas (com personagens, cenário sócio-cultural, palco institucional, gestos e atos, falas, ritmos, tom, etc.) – seja na sociabilidade, seja na vida institucional cotidiana.

Nessa vertente, Paiva (2010) discute que o cotidiano é concebido como implicado na organização social e na história política local: nas relações de classe e de gênero, nas relações raciais que não são a mesma coisa que escolaridade, sexo, cor da pele, entre outros “fatores” considerados pelas análises mais mecânicas da psicologia social da saúde de perspectiva sócio-cognitiva, mais comum na literatura em saúde, que aborda um indivíduo biológico-comportamental, fatorado e descontextualizado. As interações da vida cotidiana continua a autora, são necessariamente do domínio psicossocial: ao mesmo tempo em que marcam a *trajetória*, a *socialização* e a *sociabilidade* de cada pessoa ao longo da vida, são dependentes da presença de cada pessoa como sujeito ativo, encarnando discursos compartilhados (a cultura) e instituições, em interação a cada cena, na vida social e institucional (como nas cenas observadas nos serviços de saúde, por exemplo).

Trata-se, na perspectiva construcionista, de abordar interações dinâmicas, *a pessoa em contexto e o contexto na pessoa* (Sato, 2003) noções que uma perspectiva **construcionista da psicologia social** permite abordar (Paiva, 2010).

Na perspectiva construcionista, concebe-se a doença e o adoecer como fenômenos psicossociais necessariamente implicados nas ideologias vigentes sobre o adoecer em determinada sociedade – como o roteiro das entrevistas pretendeu mobilizar nos entrevistados, convidados a falar sobre as relações raciais e de gênero. Por outro lado, nessa perspectiva, o indivíduo (no nosso caso, o usuário do serviço) é concebido como sujeito de direitos individuais e coletivos, e não como objeto das intervenções universais, frequentemente baseadas em estereótipos. As práticas de cuidado nesse campo deveriam, conseqüentemente, estimular a prática de entender os eventos da vida, principalmente, a partir do sentido que as pessoas dão à sua experiência (Paiva, 2010).

As práticas e o sentido atribuído a elas serão melhor identificados e decodificados com base nas descrições densas de cenas e cenários, contextualizados sócio politicamente, como o que buscamos nas descrições estimuladas nas entrevistas com preceptores.

Em linha com a abordagem psicossocial construtivista delineada anteriormente, partiu-se da concepção de que as definições de raça e gênero não são “dadas” pela natureza, mas foram historicamente constituídas de formas distintas em diferentes períodos históricos, participando da trajetória das pessoas, dos médicos entrevistados e da sua socialização pessoal ou formação profissional. Nesse caso, para lidar com as

relações raciais e de gênero na interação que médicos e pacientes constroem das cenas cotidianas, povoadas por homens e mulheres que tem cor.

Todas essas referências inspiraram o modo de colher organizar o roteiro das entrevistas e as pequenas mudanças que foram introduzidas no roteiro.

3.10. Apresentação dos resultados

Finalmente, em linha com essa perspectiva construcionista, com o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, e como também discutiu Schucman (2012) em seu trabalho sobre branquitude e hierarquias entre brancos na sociedade paulista, o trabalho de análise não objetiva estabelecer os sentidos verdadeiros ou unívocos dos discursos, mas compreender a diversidade de significados produzidos pelas entrevistas. O processo de análise culmina em uma nova produção que elucida o “contexto” presente nas narrativas sobre a trajetória e o cotidiano nos ambulatorios e encontros clínicos que possibilitou pensar as categorias *raça* e *gênero* na constituição dos sujeitos e, então, na contribuição da interação. Cabe dizer que, na análise das falas dos entrevistados, mesmo das conversas informais, surgiu já uma questão de ordem ética: esse trabalho não se propõe a acusar qualquer sujeito em sua individualidade como racista (ou sexista), mas entender como se apropriam do significado da *raça* e do racismo produzidos em nossa cultura. Portanto, a redação e disseminação de seus resultados serão cuidadosas.

Sobre isso, durante a fase da pesquisa de campo, alguma singularidade pode se expressar em cada entrevista, trazendo sempre elementos do coletivo, do contexto na pessoa em contexto, do momento histórico e social possibilitando, dessa forma, uma generalização.

O conhecimento do singular é a chave de toda a psicologia social; de modo que devemos conquistar para a psicologia o direito de considerar o singular, ou seja, o indivíduo, como um microcosmo, como um tipo, como um exemplo ou modelo da sociedade. (Vygotsky, 1996).

Levando-se em consideração os pontos anteriormente apresentados; tendo no horizonte o objetivo central desse estudo (descrever que sentidos e significados médicos e médicas conferem aos determinantes sociais na sua trajetória e formação, especialmente gênero e *raça*); estudos recentes sobre as mudanças sofridas pela prática dos médicos (Schraiber, 2008; Mota, 2005; Rios, 2010); a leitura e releitura densa de

todas as entrevistas, emergiram para estruturar a análise desta dissertação três eixos como organizadores da discussão.

O *primeiro eixo* apresentará como as vivências de gênero interferem na prática e na relação médico-paciente sob o olhar de cada entrevistado e influenciam a vulnerabilidade ao adoecimento a partir das cenas descritas pelos médicos, em particular aquelas que evidenciam as desigualdades de gênero.

O *segundo eixo* apresentará como o pertencimento racial e as relações raciais interferem na prática e na relação médico-paciente, sob o olhar de cada entrevistado, e contribuem para aumentar ou diminuir a vulnerabilidade ao adoecimento a partir das cenas descritas pelos médicos, em especial as cenas de discriminação.

O *terceiro eixo* descreverá o discurso sobre a importância (ou não) e o aprendizado (ou não) dos determinantes sociais para o aprimoramento da formação médica e da qualidade do atendimento.

Por fim, apresentar-se-ão alguns caminhos que apontem para uma formação que permita a desconstrução da naturalização das desigualdades na saúde, levando-se em consideração as relações raciais e de gênero.

Vale destacar que a pesquisa construiu um extenso banco de dados que não será esgotado nessa dissertação, mas permitirá a produção de análises mais aprofundadas em artigos científicos.

RESULTADOS I

4. Desafios do debate sobre relações de gênero na medicina

Por que será que, em diferentes épocas, em diversas culturas, existiram “escolas de medicina para mulheres”? Por que, igualmente, não surgiram escolas específicas de enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional só para mulheres? (dr. Paulo Vaz de Arruda, Grapal²⁸).

Para aqueles que se dedicam a profissões ligadas à saúde, os estudos de gênero são de extrema atualidade. Além do preconceito, ou até da sua raiz, que outros elementos estariam em jogo? Este capítulo analisará o modo como aparecem os sentidos e significados de gênero nas narrativas médicas e como são vivenciadas as experiências de discriminação e as experiências de privilégios para médicos e médicas.

Para tal, a concepção de Scott (1994: 5) de que “as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” foi operativa e constitui o contexto cultural da formação e da prática médica.

Algumas narrativas apresentaram *gênero* como conceito que descreve não apenas as relações entre homens e mulheres, mas, certamente, como diria Scott (1990, p. 16), “estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”.

[...] mulheres são um pouco mais difíceis de lidar. Muitas vezes você tem que ter um pouco mais de jeito pra falar. As mulheres tem TPM, às vezes são mais sensíveis. Tem que ter um pouco mais de cuidado. E, também, mulher fica grávida, quer ser mãe. Principalmente na parte cirúrgica, isso inviabiliza para a mulher manter, por exemplo, residência, que é uma fase muito corrida. [...] E mesmo depois, ficar grávida, ser mãe, ter que cuidar dos filhos... fica complicado para a atividade cirúrgica. Na clínica, acho que é mais fácil. Você não precisa estar no hospital operando, ficar quatro, seis, oito horas de pé sem comer, sem beber, concentrado em alguma coisa. (dr. Rafael, amarelo).

Acho que a mulher tem esse ponto importante fisiológico. Por exemplo, a mulher nessa fase em que você está agora, jovem, é cheia de hormônios. E

²⁸ O Grapal oferece assistência aos alunos da FMUSP e aos médicos residentes do Hospital das Clínicas. Anualmente, os primeiranistas são convocados por carta para uma entrevista individual, ocasião em que entram em contato pela primeira vez com o serviço e ficam a par de seu funcionamento. Essa é também uma oportunidade para que os profissionais do Grapal conheçam os alunos e para lhes oferecer uma assistência inicial quando necessário. A partir de então, a procura passa a ser espontânea ou a pedido de algum docente.

Durante os 24 anos de atividade, foram realizados mais de 20 mil atendimentos, incluindo consultas psiquiátricas, sessões de psicoterapia, orientação familiar e grupos de reflexão sobre identidade médica e relação médico-paciente. Além disso, o coordenador do grupo participa das reuniões da Comissão de Graduação, buscando contribuir para o aprimoramento do currículo médico.

depois? Você já deve ter visto mulheres com cinquenta, sessenta anos, como mudam. Não muda muito? Então, não quer dizer que a importância delas muda, mas fisicamente elas acabam decaindo muito, até psicologicamente tem alguns problemas. Enfim, acho que ser mulher acaba sendo difícil porque, cronologicamente, existem nela muitas fases bem definidas, o que no homem é um pouco diferente. A gente é uma coisa linear. Mas a mulher acaba tendo muita influência dos hormônios mesmo.

[...] Lidar com mulher é difícil, Acho que isso é o mais comum [de ouvir no hospital]. Tem mulher que tem tensão pré-menstrual, que fica realmente diferente do resto do ciclo. O que comentam é isso: depende do dia que você lida com a mulher (dr. Reinaldo, amarelo).

Nas falas anteriores, pode-se observar que os sentidos e significados atribuídos à mulher foram definidos pela presença ou ausência de maior ou menor quantidade de hormônios. Além disso, a avaliação de ser “mais fácil” ou “mais difícil” de lidar foi feita a partir de uma suposta linearidade masculina. Diferentemente do homem, a “vida útil” das mulheres foi diretamente relacionada ao período da menopausa.

Cabe ressaltar ainda que a função de cuidar dos filhos foi compreendida como mais “leve” do que operar ou ficar várias horas de pé, para justificar a baixa participação das mulheres em carreiras médicas como a cirurgia ou a urologia. Quais os critérios para fazer essa avaliação? Não seria um mito para manter as desigualdades e garantir a dominação masculina de áreas na medicina?

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Walmart (2010) sobre um diagnóstico da participação feminina na economia brasileira mostrou que a entrada da mulher no mercado de trabalho trouxe consigo a necessidade de reformulação dos papéis de gênero na sociedade, nas empresas e também dentro das famílias. Além disso, provou que, em nível nacional, a presença de um cônjuge aumenta a quantidade de horas de trabalho doméstico das mulheres, em maior proporção do que a presença de filhos. O resultado que os pesquisadores encontraram foi de que mulheres casadas gastam em tarefas domésticas em média sete horas a mais por semana do que mulheres solteiras. Fica o questionamento: a manutenção das desigualdades serve a quem?

Ainda sobre o cuidado dos filhos, é interessante notar como a função de pai aparece como secundária na fala do médico, reproduzindo o estereótipo dos lugares sociais de homens e mulheres:

O que significa ser mulher? Uma das diferenças importantes é que ela tem a possibilidade de ser mãe. O homem está lá pra prover, Acho que é difícil, difícil, ser mãe.

E a possibilidade de ser pai pros homens? É natural para o homem. Acho que ser mãe é muito mais pesado pra mulher, mulher-mãe. Homem-pai não é algo sobre o que você fala tanto: “ah, homem-pai”... (dr. Rafael, amarelo).

Gênero e sexo, como já discutiram vários autores, apareceram associados ao termo “natural”, “normal” ou à expressão “é assim”. E a percepção e observação da diferença sexual na natureza deu origem “a toda uma ordem simbólica – extremamente variável em termos culturais e históricos” (Carridone, 2004).

Durante a formação e no hospital, quais são as coisas mais comuns que você ouviu ou ouve ainda sobre homens?

Não tem algo específico sobre homens. Como fiz a residência em cirurgia, meio predominantemente masculino, ser homem é “normal”. Ser mulher é um pouco diferente, entendeu? A maior parte do contato que a gente tem, mesmo com os chefes, é normal.

E o que seria normal então? Ser homem na cirurgia é normal, o que é esse normal?

É por ser comum, por ser a grande maioria.

E você acha que as mulheres que vão pra cirurgia, por serem minoria, por serem o diferente, de alguma forma são prejudicadas?

Eu até achava que sim, mas vejo que não. Pro homem, você escutar um xingamento de outro homem, tudo bem. Mas para uma mulher levar bronca mais ríspida de um homem... é diferente, entendeu? Mas, apesar de eu achar num instante inicial que sim, vejo que não, que não tem prejuízo (dr. Rafael, amarelo).

Nos debates a respeito das origens das chamadas diferenças sexuais e da natureza das relações entre mulheres e homens – debates conduzidos na mídia, nas interações cotidianas e na maior parte dos discursos acadêmicos, por exemplo – foram feitas afirmações que empregaram a palavra *natural* de maneiras fundamentalmente enganosas. Um traço comum da narrativa de muitas delas foi descreverem as diferenças estabelecidas entre mulheres e homens na vida social como se fossem originárias da biologia.

O homem é mais propenso à violência. Estou pensando num aspecto epidemiológico. Ele tem mais acidente automobilístico, se expõe mais. Em algumas profissões os homens estão mais expostos à violência. Por exemplo, tem muito mais policial homem do que mulher. Então, penso que sexo tem alta relação com riscos em saúde. (dra. Lia, branca).

Não vou conseguir responder de forma clara. Acho que existe o homem e a mulher. Sexo feminino é mulher, sexo masculino é homem, não tem muito que ficar explicando. Então sou mulher porque tenho sexo feminino e ponto (dra. Isabel, branca).

Argumentos dessa natureza implicam que a relação entre biologia e comportamento social pode ser compreendida como relação simples de causa e efeito. A pesquisa contemporânea em biologia como discutiu Moore (1997), rejeita

explicitamente esse ponto de vista, argumentando, ao contrário, que a biologia é um componente dinâmico de nossa existência, e não determinante de mão única. No entanto, durante a formação, a maior parte dos médicos relata ter aprendido somente os argumentos biológicos, divulgados em tempos passados, sem incorporar o debate científico que produziu um gigantesco giro conceitual no campo das humanidades nas últimas décadas:

Quando você estuda ginecologia, obstetrícia, acaba estudando problemas... Claro que o enfoque é muito biológico e pouco social. Você aprende, em medicina preventiva, que o coeficiente de mortalidade materna é importante. Por que isso é importante? Porque uma sociedade que cuida mal das suas gestantes, está cuidando mal da sua população toda. É uma medida de desenvolvimento social. Isso mede o desenvolvimento da nossa sociedade. Simplesmente se ensina o coeficiente, e fica perdido esse vínculo entre mortalidade materna e mortalidade infantil. Talvez eu tenha essa consciência hoje, mas na época da minha formação talvez não tivesse, muito provavelmente (dr. Igor, branco).

Os trechos acima foram indicadores do quanto os médicos, que compõem uma elite privilegiada na sociedade, em qualquer cultura, ainda estão longe de acompanhar as mudanças e reinterpretções da sociedade. A busca por novos conhecimentos e a educação continuada, ao que parece, não fazia parte desse universo. Foram cotidianamente engolidos pelo “fazer”; “repetir”; “acertar”; “seguir a regra” e acabam por “esquecer-se” de permitir-se mudar e rever conceitos, práticas e saberes. A prática reflexiva de todo profissional deveria ser um direito e um dever. Não um privilégio para algumas áreas do saber. A sociedade está em constante mudança e movimento, e tudo isso precisa se refletir nas instituições que a “servem”.

A seguir apresentaremos como as vivências de gênero apareceram na prática e na relação médico-paciente de médicos e médicas.

4.1.1. “Torna-se mulher”

O “torna-se mulher”, de Simone de Beauvoir, ganhou diferentes significados na fala dos médicos e das médicas. As determinações biológicas das diferenças entre homens e mulheres foram apresentadas como marcas sociais das distinções entre os sexos:

A mulher passa por dores, como no parto, que só ela sabe. Acho que ser mais forte do que homem, fisiologicamente, faz parte de ser mulher (dra. Bárbara, branca).

A mulher, pensando na família, assume um posto de cuidadora de todos os membros. Quando ela é mãe, não tem jeito. Para o filho, por mais forte que seja o pai, a figura da mãe é a mais importante. Não tem como negar. A mulher é a grande gestora da casa, ela que vê as finanças, os gastos; ela que tem esse controle, essa responsabilidade (dr Reinaldo, amarelo).

Depende do papel que a mulher tem dentro da sociedade. Quanto mais fragilizada ela for, quanto mais vitimizada, mais vai sentir dor. Por isso, é importante você conhecer quem é a pessoa (dr. Denis, negro).

Ser mulher foi associado ao conhecimento de temas que envolvem a reprodução e a infância. Vale lembrar que a entrada da mulher no campo médico se fundamentou na noção de que as mulheres médicas seriam as profissionais adequadas para atender as outras mulheres e as crianças.

As mulheres são um pouco mais sensíveis, tem um grau de sensibilidade maior que o homem. Muitas práticas de saúde são feitas melhor pela mulher porque tem a parte maternal, e isso faz ela querer ajudar o paciente. Às vezes esse lado maternal ajuda mais que o homem, então assim as enfermeiras e as fonoaudiólogos lidam mais diretamente com os pacientes (dr. Juliano, branco).

Por outro lado, na narrativa de alguns médicos, pode-se perceber uma perspectiva mais próxima daquela defendida pelos estudos de gênero, que ressaltaram que cada sociedade, em cada momento histórico, atribuiu sentido e significado para as diferenças biológicas entre homens e mulheres, definindo o que é ser homem e o que é ser mulher e se colocando frontalmente contra todo e qualquer essencialismo, que supõe que a diferença biológica entre machos e fêmeas determina o feminino e o masculino, naturalizando o “ser homem” e o “ser mulher” (Carridone, 2002):

Que pergunta difícil. Ser mulher hoje em dia é conseguir exercer papéis que antigamente só o homem era capaz, mas com mais sensibilidade do que os homens. Acho que isso diferencia as mulheres dos homens (dra. Helen, branca).

Na sociedade, atualmente não tem muitas diferenças entre o sexo masculino e o feminino (dra. Cláudia, branca).

[...] discutir o papel da mulher na sociedade e a mudança da mulher que saiu de casa pra estar no mercado, a jornada tripla de trabalho, o que isso implica na saúde dela e da família como um todo, tanto no ponto de vista de saúde física propriamente dita como saúde mental, estresse, ansiedade e como gerenciar tudo isso. A gente discute muito porque isso repercutiu como a forma que a família hoje se alimenta, o pouco tempo da mulher, as doenças e os nossos estilos de vida e hábitos. Isso tudo está muito relacionado com a mudança do papel social da mulher (dra Tatiana, negra).

4.1.2. Mulheres médicas: uma ameaça?²⁹

A partir do século XX, a mulher, definitivamente, dividiu com os homens a profissão médica. Porém, no começo do século ainda não eram aceitas em algum as especialidades, como cirurgia, ortopedia e urologia, além de raramente ocuparem altos cargos acadêmicos. Isso se refletiu na inserção das mulheres nas diferentes especialidades, como vimos nos estudos sobre o perfil dos médicos no Brasil, de Machado (1999).

A instituição médica, em geral, mesmo sem admitir abertamente, reproduziu as desigualdades entre homens e mulheres, fato que apareceu de forma encoberta no cotidiano, nas relações estabelecidas entre os profissionais. Isso se tornou evidente quando o chefe de um serviço se recusou a receber mulheres por considerá-las frágeis e incapazes de suportar o estresse na sala cirúrgica e do pós-operatório, por serem demasiadamente sensíveis e não possuírem domínio sobre si mesmas, como exemplificado mais adiante pela doutora Tatiana, negra, ao relatar sua experiência de contratação em um grande complexo de hospitais particulares que, pela primeira vez, admitira mulheres na UTI.

Assim como a doutora Tatiana, outras médicas relataram ser frequentemente mais discriminadas na profissão. Não é por acaso, como ressaltou Machado (1999), que mulheres são promovidas para o cargo de professoras quatro vezes menos do que os homens.

Mulher médica é discriminada em muitos aspectos. A mulher cirurgiã é discriminada. Muitos homens ainda tem uma cultura muito machista em relação à cirurgia, um procedimento de técnica, um procedimento de habilidade. Muitos homens acham que a sala cirúrgica não é local para mulher. Então ainda tem discriminação, concordo plenamente (dra Helen, branca).

As médicas relataram sofrer uma desvantagem suplementar no momento de sua formação, em relação aos seus colegas homens, por ter contato com poucos modelos femininos com os quais possam se identificar.

Eu queria me dedicar à pesquisa, mas eram poucas as professoras na faculdade. Percebi que poderia ter mais dificuldade, mesmo tendo vontade. Já estava ficando claro para mim que eu não queria ser professora; por isso fui escolhendo por exclusão (dra Priscila, negra).

²⁹ Título do capítulo do livro *Vocação médica: um estudo de gênero*, de Luis Roberto Millan.

As médicas demonstraram maior preocupação do que os médicos com suas relações humanas e com seus ideais. Elas disseram temer encontrar mais obstáculos em suas carreiras devido à discriminação:

Aqui no hospital a enfermagem é basicamente feminina, assim como 90% da obstetrícia e da ginecologia. Acho que até isso seja justo assim. Talvez as pacientes não se sintam muito confortáveis em ser cuidadas por homens. Mas fora, em qualquer outra especialidade em que isso não vai interferir em nada, tem mulheres muito mais presentes. A partir da minha turma, foi bem meio a meio. Mas as turmas anteriores tinham mais homens que mulheres (dra. Bruna, branca).

Sobre as carreiras médicas ditas “femininas”, os resultados encontrados nessa pesquisa reforçaram os dados de Machado (1999). Algumas médicas entrevistadas pela autora justificaram a escolha de suas especialidades em que pudessem exercer a sua “condição feminina” de cuidar dos outros, enquanto os homens optaram por campos em que pudessem ter autonomia, expressar sua agressividade, como anteriormente narrado pelo doutor Rafael, ao mencionar as formas de tratamento entre os homens na área de cirurgia, e sua tendência à competição.

[...] Quando você vai escolher a especialidade, pensa: “Essa daí é mais pra homem”. [...] Eu sempre quis fazer neurocirurgia, que é muito de homem. É de homem porque a mulher quer criar seus filhos. Você tem que ter um tempo pra isso. Então, na hora de escolher, isso influencia, e você diz: “Ah, isso é coisa de homem”.

E por que você acabou não optando pela neurocirurgia no final?

Acho que foi porque eu era mulher (risos) [...] Se eu fosse homem, faria neurocirurgia.

Sério?

Ah, faria. Mas gostei de fazer oftalmo, estou feliz. A formação do neurocirurgião demora cinco anos só na residência. Você tem que ter muita dedicação. Pensei: “Nossa, vou passar minha vida fazendo isso, durante cinco anos...” Acabei a faculdade com vinte e seis. Era muito tempo, e eu queria ter tempo pra criar meus filhos. Também gosto de viajar. Quero ter filho antes dos trinta e cinco, senão a mãe corre o risco de ter as anomalias. Então meu futuro é meio que planejando. Sendo oftalmo você tem uma vida mais tranquila. Quero ter qualidade de vida, Na oftalmo você tem (dra Monica, amarela).

A igualdade aparentemente conquistada, quando a carreira admitia a entrada de mulheres, negava as desigualdades sofridas no cotidiano. Havia uma ideia de que as condições eram iguais para se “correr” atrás, condição que maior parte das mulheres entrevistadas desconheciam. As poucas cirurgiãs existentes queixaram-se da forte discriminação que sofriam de seus colegas:

Mulher médica é discriminada em muitos aspectos. A mulher cirurgiã é discriminada. Muitos homens ainda tem uma cultura muito machista em relação à cirurgia. Tem muitos homens que acham que não é um local para mulher. Então ainda tem, concordo plenamente (dra. Hellen, branca).

Será que a escolha de uma especialidade ou outra tem relação com a desigualdade de gênero vivida na sociedade brasileira? O doutor Diego argumentou que há igualdade entre mulheres e homens na medicina, mas na hora de justificar como essa igualdade se configura, o argumento mostrou exatamente o contrário. A dermatologia não seria coisa de mulher vaidosa? Para mulheres?

Você acha que homens e mulheres tem condições iguais?

Minha noiva é mulher e trabalha no mesmo nível que eu. É cirurgiã também. Temos praticamente os mesmos empregos, Ela prosperou tanto quanto eu. Não vejo muita diferença. Tenho um monte de amigas também. Na cirurgia geral, por exemplo, tem muito menos mulher e também entre médicos de emergência. Mas na dermatologia tem muito mais mulher. E os grupos são parecidos, do mesmo nível social e econômico. Hoje em dia não tem mais lugar para se pensar assim (dr. Diego, negro).

A partir da pesquisa realizada por Machado e dos resultados encontrados nesta pesquisa percebe-se a escolha da especialidade é marcada não só pela vontade pessoal, ou, pior ainda, pela condição feminina. “Ao contrário, a escolha profissional é racional e pontilhada de impedimentos culturais e sociais, que conduzem a áreas nas quais os conflitos, os ajustes culturais são mais brandos” (Machado, 1999: 157).

4.2. O gênero masculino nas narrativas médicas sobre os médicos

A famosa frase de Simone de Beauvoir, já mencionada, também vale para ser homem: ninguém nasce homem, mas torna-se homem. As masculinidades e os lugares dos homens na medicina foram construídos. Há séculos, a corporação médica vem sendo dominada por homens, cabendo às mulheres papéis limitados e subordinados à autoridade médica masculina. A presença das mulheres foi vivida como intrusão, como ameaça à identidade do médico e seu narcisismo. Como tal, resultaram em sentidos e significados que pudessem manter as desigualdades entre mulheres e homens dentro da medicina. Esses pontos serão explorados a seguir:

4.2.1. Tornar-se homem

O processo biológico esteve muito presente na descrição dos médicos sobre os sentidos e significados do ser homem. A virilidade, a força e o instinto foram algumas atribuições conferidas aos homens:

Que coisas mais comuns você ouve no hospital e na formação sobre ser homem?

Sobre o sexo masculino, a virilidade, acho que é o jeito da pessoa se mostrar como pessoa... Você não precisa ser grosseiro ou falar palavrões pra mostrar virilidade. Tem vários métodos de mostrar essa virilidade, nas suas atitudes, a postura com relação a a uma situação de pressão por exemplo. Você não pode demonstrar fragilidade, vamos dizer assim.

Que tipo de atitude, postura seria?

Por exemplo, se uma pessoa ou um paciente começa a te xingar, dentro de um hospital, dentro de um serviço, você não vai partir pra cima do cara, pra agressão física. Porém você não deve se acovardar diante de uma situação em que se vê ameaçado. Depende da situação, se o cara está apontando uma arma, você tem que pensar primeiramente na sua integridade física, mas, se um cara tá te afrontando, você não pode se amedrontar, tem que se postar como homem.

E comentários no corredor?

Acho que o médico não tem nenhuma diferença com relação a qualquer outra profissão, Comentários sobre uma mulher bonita, atraente sexualmente, são os mesmos que no contexto de qualquer outra pessoa comum. Às vezes as pessoas têm uma visão diferente de que o médico não vê a mulher como... mas não, a gente, todo mundo tem o seu instinto (dr André, amarelo).

Cabe destacar que o doutor André retomou um tema importante nas discussões dos temas médico-sociais e dos determinantes sociais: a humanidade do médico. Entre os profissionais de saúde, os médicos são colocados numa condição de superioridade, e isso traz inúmeros desafios nas relações estabelecidas dentro do hospital com outros profissionais, com outras profissões, e, especialmente, com os pacientes. Além de questões relacionais, tem-se grande dificuldade de se admitir que, como humanos, estão sujeitos ao desejo sexual, aos sentimentos e aos possíveis erros. Não falar sobre isso não ajuda a lidar com esses desafios, inerentes à escolha por atuar com pessoas e não com máquinas, como é o caso da maior arte das ciências exatas.

Em alguns casos, a explicação dos significados de “ser homem” veio pela negação de não ser mulher:

Antes de tudo, praticidade. Vejo praticidade em várias coisas. Não menstruo, não preciso sentar pra fazer xixi... (risos) É, não tenho que ficar comprando absorvente, não tenho que ficar cruzando as pernas... (risos) (dr. Reinaldo, amarelo).

[...] e enfrentar uma situação como essa, como já aconteceu várias vezes de o paciente tentar se impor de certa forma, e você não pode se amedrontar ou se portar como uma pessoa frágil, vulnerável como as mulheres (dr André, amarelo).

Essa dificuldade de se definir como homens vem da pouca reflexão sobre os temas sociais durante a sua trajetória pessoal e durante a graduação e residência. Além das distinções biológicas, os médicos apontaram os papéis sociais “esperados” dos homens:

[Ser homem significa], além das diferenças óbvias, anatômicas, ser um cara correto, ter caráter, ter responsabilidade com seu trabalho e gostar das coisas que faz. Essas coisas: “ah sou o homem da casa, tenho que ganhar dinheiro” são antigas. Eu não penso assim. Para mim é todo mundo igual, para você ser homem, para você ser mulher. É independente, você tem que ter personalidade, caráter, correr atrás das suas coisas, ser responsável, um pouco mais orientado, gostar do que você faz.

Acho que a sociedade exige muito do homem na questão de trabalho e isso a gente vê logo quando a gente sai da adolescência, no período que a gente entra na faculdade. Então, você tem que ter um comportamento de responsabilidade com relação ao trabalho, tem que ser um pouco mais agressivo com relação ao que você quer, tem que ter mais responsabilidade com dinheiro também, tem que ser o provedor (dr. Daniel, negro).

A perspectiva dos médicos homens não poderia ser mais tradicional.

4.2.2. Reconhecimento dos privilégios

O privilégio também apareceu nas narrativas dos médicos. Houve um reconhecimento direto pelo fato de ser homem ou, pelo menos, da ausência de algumas barreiras enfrentadas por mulheres. Reconheceram que isso não deveria acontecer, mas não apresentaram nenhuma iniciativa para minimizar as diferenças, apenas acenaram que “ao que parece, a situação está mudando”:

Queira ou não, o mundo é machista, e isso é fato. A sociedade é machista, e isso facilita. Mas, enfim, hoje em dia isso está mudando. Ainda bem (dr. Reinaldo, amarelo).

Vale ressaltar que, para alguns, ainda não ficou clara a direta associação entre o fato de as mulheres serem discriminadas e os privilégios masculinos. Para outros médicos ficou evidente a percepção dos privilégios por serem homens:

[...] está implícito na mente dos indivíduos hoje que a concepção machista, a concepção do gênero, realmente traz vantagens. Eu me sinto privilegiado por ser homem em diversos momentos, primeiro na questão do trabalho. Não que eu compactue, que eu ache que seja uma

coisa justa. Não acho, mas é como as coisas acontecem (dr. Igor, branco).

4.3. Gênero na relação médico-paciente

No ensino da relação médico-paciente há uma defasagem entre o modo como a literatura internacional discute a relação médico-paciente e os temas de humanização e o espaço que é dado à discussão desses aspectos no contexto da atenção médica no Brasil. Por exemplo, os médicos aprendem a manter um relacionamento profissional com o paciente, respeitar sua dignidade e privacidade, mas pouco se ensina sobre o contexto sócio-cultural compartilhado por médicos e pacientes, marcado pela disparidade e discriminação de alguns grupos populacionais, como as mulheres (Sucupira, 2007; Caprara, 2004).

Para além de fatores como lugar e condições de atendimento, encontram-se fatores psicológicos do paciente e do médico (expectativas, medos, ansiedades), experiências anteriores do paciente com outros médicos, experiência profissional com a doença ou agravo relatado e qualidade de sua comunicação com o paciente. O preconceito e as primeiras impressões sobre o paciente aparecem como tema central na relação médico-paciente.

Sou evangélica [...] Me lembro que estava aprendendo no terceiro ano como entrevistar um paciente. Tem uma sequência, tem que testar todos os órgãos e você vai fazendo a entrevista e vai se lembrando se não está se esquecendo de perguntar nada. Lembro que tinha que chegar a hora de falar do aparelho genital. Então era cabeça, pescoço, tórax, coração, pulmão até chegar nos genitais. Era um senhor de mais ou menos 40 e poucos anos. Eu estava morta de vergonha e não sabia como eu iria chegar. Então a gente sempre fazia em dupla, eu, mulher, com o meu colega, e o meu colega ia fazendo umas perguntas. [...] Lembro que não conseguia pensar em outra coisa a não ser que estava chegando a hora de ter que perguntar alguma coisa da vida sexual dele. O cara se chamava Genival. Quando chegar nessa hora eu tenho que parecer a mais natural possível. Se eu mostrar constrangimento, vou constranger o paciente. Aí eu pensei: “Ele não pode perceber que estou com medo de perguntar, que estou insegura de perguntar isso”. E chegou a hora e o meu amigo me olhou: “Fala alguma coisa”. Ele também estava com medo... E eu falei: “Seu Genital...”, Aí a gente não sabia como fazer pra poder consertar. Então, é o que eu digo, todos os seus preconceitos vem com força (dra Tatiana, negra).

Na fala da doutora Tatiana pode-se perceber os sentidos e significados que a médica atribuiu à sexualidade, a partir de seu processo de socialização como evangélica.

Aquilo que possibilitou e formou sua identidade foi também responsável pelo desenvolvimento de seus preconceitos. Além disso, esse preconceito interferiu na forma de se relacionar com o tema e com as pessoas, e a fez agir de acordo com seus preconceitos.

Na mesma direção, o doutor Gabriel nos mostrou o poder dos estereótipos sociais na definição de lugares na vida social. “Mulher é sensível, portanto não aguenta o tranco da residência!”. Os conteúdos dos estereótipos servem ao preconceito. Tem tanto a função social de categorizar e enquadrar as mulheres dentro de uma categoria específica: “as sensíveis”, quanto uma função individual, porque impedem a identificação e evitam problematização sobre a afirmação feita.

Por que no início você achou que elas teriam algum prejuízo?

Ah, porque mulher é mais sensível, às vezes não aguenta o tranco da residência, Já tem uma seleção das pessoas que entram e quem entra sabe que é dessa forma. Cirurgia é desse jeito. É puxado, é cansativo, Então, se elas querem, sabem disso e são selecionadas pra isso, não tem prejuízo. Acho que as coisas funcionam bem por causa da seleção (dr. Gabriel, branco)

As médicas também relataram viver situações agressivas com as enfermeiras. Em outros estudos, as médicas disseram ser ignoradas pelas enfermeiras, recebidas de formas não amistosa, além de serem tratadas com irritação e serem questionadas em quase tudo o que diziam.

Tudo isso vem na hora, É um negócio difícil de se controlar [...]. A relação com a enfermagem não é muito fácil, tanto pra elas como pra gente. Muitas vezes, o aluno de medicina vem com certa arrogância. Daí você se depara com uma senhora muito mais velha e de outra classe social. Você às vezes quer se sobrepor porque, teoricamente, tem ascensão. Então tudo isso é difícil de ir ajustando. A relação enfermeira com médica é totalmente diferente da com médico. Então, a aluna residente sofre isso também (dra Tatiana, negra).

Na relação médico-paciente, o relacionamento que se estabelece entre o paciente e o médico é fundamental para a adesão às propostas terapêuticas e para o sucesso das intervenções (Sucupira, 2007). Portanto, considerar cada paciente como ser único facilita o vínculo e melhora a intervenção. Nesse sentido, os médicos devem tratar de forma diferente cada paciente, levando em consideração que cada paciente tem sua história, e ficar atentos a como reagem aos estereótipos sociais atribuídos ao homem e a mulher, para que eles não interfiram no cuidado, de forma a transformar o tratamento diferente em tratamento desigual:

O geriatra atende diferente do que um pediatra? Sim. Então,

atendo diferente homem e mulher? Sim, porque tenho que abordar de modo diferente (dra. Tatiana, negra).

Médicos atendem de formas diferentes homens e mulheres?

Concordo parcialmente. Às vezes, a forma de conversar com um homem tem que ser um pouquinho diferente. Para mulher você consegue perguntar algumas coisas mais pessoais e homem às vezes se sente muito retraído com isso. Quem está habituado a lidar com homem, tem que ser um pouquinho mais de brincadeira. Com mulher você já pode tentar perguntar mais diretamente assim. Acho que tem certa diferença sim (dra. Bruna, branca).

Com relação aos estereótipos sociais, vale ressaltar que os pacientes homens foram vistos como mais calados, “machões”, brigões, agressivos e grosseiros:

Você acha que teria alguma diferença, alguma coisa mudaria nessa cena se fosse um homem passando pela mesma situação?

Acho que, em termos de relacionamento com a equipe, talvez, porque ela aceita, ela exprime muito bem que ela tá insegura, ela tá... Que ela tá... Ela tá com medo, e talvez um homem não aceitaria, não aceitasse tão bem, não se posicionasse tão bem de "estou com medo", não falaria, e talvez fosse se manifestar de outra forma, então nesse caso assim... Agressivo, ou talvez não exprimisse isso e estaria sendo... Não teria as dúvidas solucionadas aí, porque não assumiria que... *E aí, mas você acha que afetaria a maneira como teria que mudar a abordagem?*

Sim, teria que mudar a abordagem (dra. Claudia, negra).

Na verdade não tem muita diferenciação, mas a gente percebe que é muito mais fácil trabalhar com mulheres. Em alguns procedimentos você precisa de colaboração e com a mulher é muito mais fácil de lidar do que com homem. E também porque homem foge de médico. Então atualmente tem uma tendência: o pessoal mais jovem vir atrás, mas os mais antigos são difíceis (dr. Andre, amarelo).

Já as pacientes foram percebidas pelos médicos como frágeis, gentis, sentimentais, compreensivas, comunicativas, emotivas, dóceis, sensíveis e, portanto, mais fáceis de serem domadas:

Você acha que se fosse uma mulher, talvez não fosse tão relutante?

Acho que sim... Acho que o que gera a reação foi mais de raiva, acho que o negócio de punir, talvez seja porque ele fosse rebelde, ameaçou e tudo. Talvez se fosse uma mulher, as pessoas não ficariam com tanta raiva ou com medo do próprio paciente. Teria diferença sim (dra. Cláudia, branca).

O cuidado das mulheres com a saúde também apareceu na narrativa dos médicos como facilitador da relação médico-paciente. Isso deveria trazer mais qualidade no atendimento, mas o fato de se preocuparem mais com a saúde faz com que elas sejam responsabilizadas pela saúde do marido, dos filhos e da família.

Mulheres buscam mais o serviço de saúde que os homens?

Acho que sim, concordo plenamente. As mulheres tem preocupação com o bem estar da família. Elas acabam percebendo mais do que os homens coisas que estão fora do normal. Elas acabam se tratando mais por conta disso e até por uma questão cultural. O homem acha que ele tem que ser forte, ele nunca tem nada, ele pode resolver as coisas sozinho e aí acaba procurando menos mesmo, é verdade (dra Tatiana, negra).

Tanto médicas quanto médicos relataram que, em certas circunstâncias, o seu sexo com o sexo oposto dificulta a relação médico-paciente:

Pra gente é difícil a gente atender homem. Ao longo da residência acho que eu vi homem, por exemplo, com problema de mama. A gente se sente desconfortável porque a gente imagina que seja desconfortável para ele estar nessa situação. Um homem com um nódulo de mama, acho que ele deve estar muito mais envergonhado de estar ali no meio do atendimento das mulheres do que a gente atender ele, Acho um pouco desconfortável por causa disso (dra. Bruna, branca).

Mas também há relatos em que seu sexo facilitou a relação com um paciente do sexo oposto:

Acho que tem alguns aspectos na consulta ginecológica que talvez eu dê mais valor fique mais atento, não dar mais valor, mas dar mais atenção, por ser algo que eu nunca passei, nunca experimentei. Por exemplo, cólica menstrual, sei o que é, mas eu nunca senti. Então talvez eu deva dar mais valor pra algo que uma médica ginecologista mulher passe mais rápido. No geral, você ouve as pacientes falarem que os homens tendem a ser mais delicados, mais tranquilos na hora de examinar. Até talvez porque eu nunca fiquei naquela posição, nunca fui examinado daquele jeito, então a gente tende a ser um pouquinho mais cauteloso do que uma mulher, que já passou por aquilo e sabe que não dói. Aí não precisa ficar enrolando e vai mais rápido. Então tem diferença, com certeza. Até pra perguntar sobre a relação que ela tem com o marido, com o parceiro, a gente vê o lado do parceiro também... (dr. Reinaldo, amarelo).

Particularmente, nunca dei muita preferência entre ter um ginecologista homem ou mulher, mas muita gente prefere ginecologista mulher. Então pra gente talvez fosse até uma vantagem [...]. Mas com as pacientes nunca percebi nada, talvez por ser mulher mesmo. Às vezes as pacientes se sentem um pouco mais desconfortáveis e querem ser examinadas por mulher. Eu faço colposcopia num laboratório. As pacientes às vezes chegam e falam: “Ai que bom que é você, outro dia era homem e eu não queria vir, então precisei desmarcar!”. Então, às vezes, isso acontece mesmo (dra. Bruna, branca).

A gente é homem, e trata de mulher. Ginecologista. Então você imagina como vai falar de uma coisa que nunca sentiu na vida. Eu nunca senti cólica de menstruar. Mas, de certo modo, você aprende como que é. E aí você tem experiências próprias com aquilo, com aquela queixa, ou com aquela doença. Você fica mais íntimo com aquilo. Não que vá mudar o tratamento, que vá mudar o curso da paciente, da doença na paciente, mas ajuda você a entender melhor (dr. Reinaldo, amarelo).

As médicas relataram se sentir mais à vontade e, inclusive mais seguras, com pacientes mulheres:

Tenho tendência a ser mais carinhosa com mulheres. Mas isso é uma coisa minha como mulher, ter certo distanciamento físico do paciente masculino. Sou muito de abraçar, de beijar, meus pacientes. Meus pacientes me encontram e me cumprimentam com beijo, com abraço. Tem médicos que não tem essa conduta. Sou muito carinhosa e acho que com mulher eu sou mais (dra Helen, branca).

E os médicos confirmaram ter ouvido de pacientes a mesma preocupação com relação à segurança de seus corpos:

[...] Às vezes, algumas pacientes chegam e falam: “A mulher é um pouco mais atenciosa do que o homem”, é o que sempre escuto as pessoas falando com relação à ginecologia. Algumas têm medo de ser assediadas pelos médicos (dr. Reinaldo, amarelo).

Os médicos também relataram se sentir mais à vontade com um paciente do mesmo sexo, pela complexidade da relação homem e mulher exatamente como elas observaram. O assédio sexual apareceu como uma preocupação, mas não pela segurança, como foi a preocupação das mulheres, mas pela possibilidade de serem processados:

Como homem, não tenho medo de estar sendo taxado de estar assediando um homem. Faço parte de uma geração na qual o homem era visto como sexo masculino e a mulher, como sexo feminino. Hoje em dia a gente vê homossexuais, etc, Acho que, de modo geral, trato com naturalidade maior um paciente do sexo masculino, Acabo levando uma conversa com um pouco mais de restrições com uma mulher, não sou tão espontâneo quanto seria, pra não ser acusado de assédio sexual (dr. André, amarelo).

Por outro lado, na relação com pacientes masculinos, o estereótipo formado sobre o cuidado da própria saúde, o lugar comum de que homens vão menos ao médico, acabou por reforçar esse imaginário e afastar ainda mais os homens de irem buscar ajuda médica. Afinal de contas, “não é coisa de homem”.

Homem é mais fresco para ir ao médico, demora mais (dra Isabel, branca).

Acho que relação alta principalmente se for homem. O cara chega com doenças avançadas aqui. O homem não se cuida. Então, quando chega homem, a gente desconfia que pode vir pepino (dr. André, amarelo).

O fato de você ser homem influenciou ou prejudicou de alguma forma a sua relação com paciente?

É, algumas vezes. Por exemplo, são específicos da minha área a cirurgia do aparelho digestivo e a coloproctologia, o exame proctológico. Alguns homens se sentem incomodados de fazer o exame. Se eu fosse mulher, talvez teria menos problema. Mas muitos homens se sentem incomodados por estar fazendo o exame. Então, tem que insistir, conversar com os pacientes. Em geral eles aceitam, mas às vezes eles são meio relutantes pra fazer o exame (dr. Rafael, amarelo).

Na mesma direção, Milan (2005) não se restringiu apenas a entender o conhecido “machismo” como causa da discriminação de gêneros, mas levantou a questão: “As mulheres médicas são uma ameaça?”. Discutiu a origem do machismo: a questão narcísica, que implica na negação, no evitamento do problema, com vistas à manutenção de privilégios entre os homens, como também discutiu Bento (2002).

Para amenizar os conflitos entre homens e mulheres, Millan ressaltou que os homens desenvolveram algumas estratégias para solucionar seu medo e sua competitividade. Uma delas é casar-se com uma médica, situação relativamente frequente, como maneira de solucionar o problema do temor e da rivalidade. Na fala do doutor Diego, ele defendeu que havia igualdade entre ele e sua noiva, mas diz que ela teve tanto sucesso quanto ele. Dito de outra forma, o referencial de prosperidade foi o masculino; portanto, o sucesso dela foi medido pelo dele.

Minha noiva é mulher e trabalha no mesmo nível que eu. É cirurgiã também. Temos praticamente os mesmos empregos, ela prosperou tanto como eu. Não vejo muita diferença (dr. Diego, negro).

A rivalidade, quase sempre camuflada e pouco consciente, também apareceu na forma de ambivalência e agressividade recalcada dos homens em relação às mulheres:

Queira ou não o mundo é machista. A sociedade é machista. Mas enfim, hoje em dia isso tá mudando. Ainda bem (dr. Reinaldo, amarelo).

Acho que traz algumas vantagens em relação ao oposto, que seria ser mulher, não é isso?. A gente vem tendo algumas rupturas de paradigmas, tudo mais, mas não é pouco freqüente o confronto que a gente tem diariamente com a realidade de um mundo prioritariamente machista, em que muitas vezes velhas discussões retomam (dr. Igor, branco).

As identidades de gênero também têm mediado a relação entre médicos e pacientes. Ainda de forma muito estereotipada e tímida, as conquistas dos movimentos sociais têm obrigado os médicos a enfrentar seus preconceitos e garantir o direito à saúde aos transgêneros, homossexuais e lésbicas:

Foi interessante porque realmente eu tinha uma noção totalmente diferente. Primeiro que não é o padrão assim. Realmente na população em geral você não costuma pegar tanto transgênero. Aqui [otorrino] é muito maior. Acho que na psiquiatria também deve ter um número maior. Geralmente esses pacientes vêm encaminhados dessas áreas para a gente. Então foi uma grande quebra de paradigma. Primeiro que quando ele entra como paciente você já tem uma visão diferente, o paciente quando você entra a visão, pelo menos a forma que eu fui educado, fui treinado, durante a faculdade também eu aprendi muito, a gente lida. A hora que entra o paciente é totalmente

diferente, não tem muito preconceito. Você busca ajudar a pessoa, só que fora eu tinha realmente um pouco, um certo preconceito porque não conhecia também e isso foi interessante porque realmente teve muita coisa que aprendi com eles que eu não imaginava. Acho que na verdade eles são até um pouco mais sensíveis porque já vem muito discriminados, já vem de uma sociedade que condena muito eles, mas não sei se é carente, não sei se carente é a forma certa, mas a forma de você tratar a pessoa bem, trato como qualquer outro paciente, isso chama a atenção deles. Não sei se na sociedade já há o nível de preconceito ao redor, quando você trata ele como pessoa normal, ele fica diferente.

E como você imaginava que eles eram antes de começar lidar bastante com eles?

Eu pensava, chamava, achava que era bicha louca, praticamente uma *drag queen*, aqueles bem estereotipados. Até que acho que na verdade assim, pela sociedade também você vê, você já sabe, então tem um padrão na verdade. Eles vestem coisas femininas, eles se acham mulheres realmente. Na cabeça deles acho que são todos mulheres, tanto é que tratam como mulheres, só que às vezes alguma outra coisa é um pouco mais acentuada, aí você percebe que tem certa diferença, é um pouco mais exagerado, não sei se é estereotipada a atitude deles. Então já chama atenção o jeito, não é o jeito de mulher, na verdade é até um pouco mais feminino demais assim, não sei se é uma aversão total do masculino que leva a isso, mas eles são totalmente... (dr. André, amarelo).

Observa-se como o doutor André relacionou o transgênero a uma anomalia, doença psíquica a ser tratada pela psiquiatria. Ele provocou a reflexão: como mudamos a relação entre médico e paciente e caminhamos para a humanização do sujeito e a desconstrução dos estereótipos?

Então isso é algo que está começando a ficar mais frequente agora?

Está, até por causa da união estável, reconheceu a união estável entre homossexuais.

E você atende bastante casais homoafetivos?

Tem um volume interessante, viu? Mais de mulheres, mais mulheres querem ter filho, mas tem.

E você percebe assim, na equipe inteira, como está se tornando mais comum, você acha que está melhorando a relação com pessoas homossexuais também?

Está, porque antigamente não tinha muito esse contato. A gente, ginecologista, quase não tem muito contato com homem. E agora está tendo mais. E as mulheres também, os casais.

[...] Recentemente, atendendo um casal, casal não, um rapaz que tinha infertilidade. Na consulta a gente não conseguiu pensar numa solução pra eles, porque era uma coisa meio difícil. É o caso homossexual que a gente chama, então eram dois homens que queriam ter um filho. E isso é complicado, eticamente falando. Pelas determinações do Conselho Federal de Medicina, tem várias etapas que a gente não pode pular. Isso dificulta muito. Tem que pegar óvulo doado de alguma mulher, que eles não podem conhecer, pegar o sêmen dele, pegar uma fertilização *in vitro* e transferir pro útero de uma mulher que eles conheçam. Uma coisa meio complexa. Na hora ele não aceitou muito bem, acho que não deve ter entendido muito bem, e a gente acabou pensando em um jeito, a gente reformulou num e-mail e mandou pra ele. Acho que foi uma forma, não foi uma coisa muito criativa,

mas uma solução que a gente achou até para o problema dele. Vamos ver até o que ele acha, a gente mandando esse e-mail talvez ele repense e queira fazer o tratamento (dr. Reinaldo, amarelo).

4.4. Discriminação horizontal

A discriminação horizontal, segundo Cappellin (2005), acontece quando as funções são divididas por gênero. Assim, tem-se uma esmagadora presença de um sexo em determinadas funções ou especialidades, no caso da medicina. Cria-se uma barreira invisível de entrada que, apesar de não ser oficial, delimita por sexo. A transposição dessas barreiras não é fácil, e sempre causa estranheza. Associada a essa limitação de acesso, há ainda a valorização diferenciada do trabalho realizada em de cada um desses guetos. Assim, para quem trabalha na cirurgia – gueto masculino – os salários são mais altos. E para quem trabalha na dermatologia – gueto feminino – os salários são menores. Assim, se caracteriza a discriminação horizontal. Os relatos abaixo são ilustrações desse aspecto:

Então na cirurgia tem uma maioria de homens?

Sim, sempre foi assim. Não é um preconceito. Talvez no passado até existisse, hoje em dia eu acredito que não. Mas é predominantemente masculino esse meio (dr. Rafael, amarelo)

Então GO tem muito mais mulher que homem, e, em urologia, por exemplo, quando a gente prestou residência tinha uma moça que passou em urologia. Foi assim, aquela comoção, uma mulher na urologia. Acho que existe um pouco de diferenças sim, é um pouco cultural. É besteira total, mas acho que isso acaba sendo muito presente até hoje (dra. Bruna, branca).

Se você for ver, médica de UTI não tem, só homens. Quando comecei, dizem que fui a primeira mulher contratada na UTI do Hospital X. Há uns 10 anos mais ou menos que trabalho lá e os chefes lá sempre me dizem que fui a primeira mulher. Na época não contratavam e a minha entrevista foi inacreditável. Só descobri isso recentemente. Foi uma coisa aviltante. Sai de lá pensando: “O que esses caras estão achando? Fui convidada para ir lá!”. Meu amigo que trabalhava lá me convidou. Eu nem fui bater lá. Achei que iria pra lá para ser entrevistada do ponto de vista técnico, sobre minhas habilidades técnicas, meu currículo. Até achei que fosse ter uma prova mas cheguei lá e o cara perguntou: “Como você vai se sentir porque lá tinha que dormir no mesmo quarto -- cada um na sua cama é claro -- que um colega médico que estivesse de plantão”. Qual o problema? Como é que você vai se sentir se o cara entrar no banheiro e deixar a porta aberta? Sai de lá indignada. Até muito recentemente eu achava o cara que me fez a entrevista um bronco, até que eu soube dessa história que fui a primeira mulher e que

ele foi de propósito para me bombardear para ver se eu ia aguentar. Aí era essa história, mulher não aguenta o tranco de ficar 24 horas de plantão e 36 horas se precisar (dra Tatiana, negra).

Mulher médica é discriminada em muitos aspectos. A mulher cirurgiã é discriminada. Acho que muitos homens ainda tem uma cultura muito machista em relação à cirurgia, que é um procedimento de técnica, de habilidade, Muitos homens acham que a sala cirúrgica não é local para mulher (dra. Hellen, branca).

4.5. Eu, médica negra

Ao entender melhor as relações de gênero e raça, pode-se compreender como as relações sociais no mundo moderno se consubstanciam nos indicadores de saúde, possibilitando, também, articular a forma de se analisar as relações médico-paciente e o processo saúde/doença. Ao analisar os índices de saúde no Brasil, sabe-se que as piores condições são dadas às mulheres negras. Elas estão entre os piores indicadores da saúde, mesmo sendo as maiores frequentadoras dos postos de saúde (Lopes, 2003; Werneck, 2005; Batista, 2002). Portanto, gênero e raça se entrecruzam e marcam a vida das pessoas e as condições objetivas de acessar as oportunidades.

Assim, vale ressaltar como as médicas negras lidam com as situações de dupla discriminação e que dificuldades enfrentam ao galgar postos e posições mais elevados e melhor remuneração no hospital:

Se você for ver, médica de UTI não tem, só homens. Quando comecei, dizem que fui a primeira mulher contratada na UTI do Hospital X. Há uns 10 anos mais ou menos que trabalho lá e os chefes lá sempre me dizem que fui a primeira mulher. Na época não contratavam e a minha entrevista foi inacreditável. Só descobri isso recentemente. Foi uma coisa aviltante. Sai de lá pensando: “O que esses caras estão achando? Fui convidada para ir lá!”. Meu amigo que trabalhava lá me convidou. Eu nem fui bater lá. Achei que iria pra lá para ser entrevistada do ponto de vista técnico, sobre minhas habilidades técnicas, meu currículo. Até achei que fosse ter uma prova mas cheguei lá e o cara perguntou: “Como você vai se sentir porque lá tinha que dormir no mesmo quarto -- cada um na sua cama é claro -- que um colega médico que estivesse de plantão”. Qual o problema? Como é que você vai se sentir se o cara entrar no banheiro e deixar a porta aberta? Sai de lá indignada. Até muito recentemente eu achava o cara que me fez a entrevista um bronco, até que eu soube dessa história que fui a primeira mulher e que ele foi de propósito para me bombardear para ver se eu ia aguentar. Aí era essa história, mulher não aguenta o tranco de ficar 24 horas de plantão e 36 horas se precisar (dra Tatiana, negra).

As médicas negras relataram sofrer limitações no campo profissional. Como comprovou Bento (2002:18) em sua pesquisa de doutorado, “em posição de mando ou de autoridade, as médicas negras afirmaram ser desconsideradas e desprestigiadas por

pacientes, desrespeitadas por subordinados [enfermeiras] e usuários; além disso, enfrentavam com frequência uma insistente desconfiança das pessoas que compunham seu círculo profissional”, maiores exigências por parte dos colegas e cobradas a corresponder aos estereótipos sociais como, por exemplo, “toda mulher negra tem que saber dançar”.

É um exemplo bobo, mas não sei dançar! [...] Quando estou com outros médicos em um lugar de descontração com música, as pessoas esperam que dance só porque sou negra. Por que toda negra tem que saber dançar? Eu até gostaria... (dra. Priscila, negra).

Os depoimentos das mulheres negras e médicas quando perguntadas sobre situações de conflito, levantam diversos aspectos que amplificam os efeitos da discriminação por gênero e por raça. O ser mulher negra não fica explícito e o discurso de gênero sobrepõe o da raça.

O ser mulher negra aparece na fala, no depoimento na compreensão das reações dos pacientes, mas invisível. Quando se apresenta para muitos negros um sentimento de felicidade por encontrar um “igual”, num lugar superior na hierarquia na área de saúde. Outros manifestam desprezo e desconfiança sobre a competência médica de uma mulher e ainda por cima negra.

Todos os dias, os médicos são cobrados por um diagnóstico, tratamento adequado por seus pacientes. A cobrança pode vir por meio de uma reclamação, de uma pergunta, por um olhar a que todos os profissionais de saúde são submetidos.

Os médicos são preparados e participam de simulações sobre como se relacionar com os pacientes, mas o que acontece quando o paciente ou médico são negros? O contato físico no tratamento de saúde por um médico ou médica negra, quando o paciente é um branco, pode levar a uma complexa e difusa reação.

Ser mulher e negra não é só o reflexo de acúmulo de discriminações, é muito mais do que isso, pois as ações e reações desta combinação podem levar e leva a reações irracionais, incompreensíveis, se buscarmos a resposta somente na questão de gênero.

É esse sentido que se faz necessária uma discussão mais aprofundada sobre raça e gênero na medicina.

RESULTADO II

5. As raças como determinante social na vida e na prática dos médicos

Segundo Lopes (2005, p. 18), *saúde* pode ser definida como “o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais”. Nesse sentido, ignorar discriminações existentes na sociedade, no âmbito da relação médico-paciente, é piorar o estado de doença das pessoas. Há uma doença social que afeta a saúde das populações marginalizadas, e essa doença adentra os diversos sistemas de saúde pública. A autora apresentou dados da pesquisa *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*, realizada em 2004, que demonstraram a discriminação racial no serviço de saúde:

- 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde.
- Entre os(as) negros(as), 68% foram discriminados(das) no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados.

Em pesquisa feita com os usuários serviços de saúde no município do Rio de Janeiro, os negros portadores de hipertensão arterial relataram receber tratamento desigual com frequência. A falta de cordialidade por parte dos:

- recepcionistas foi citada por 4,5% dos brancos e 13,3% dos negros;
- auxiliares de enfermagem, 4,5% para brancos e 5,4% para negros,
- clínico geral, 4,5% entre os brancos e 13,3% entre os negros.

Os médicos entrevistados neste estudo percebem esta diferenciação e a influência dos determinantes sociais de raça e gênero na interação médico-paciente. Por outro lado, nas situações objetivas de discriminação em que determinado grupo racial sofre negativamente com essa diferenciação, os profissionais não tem ferramentas enfrentam ou minimizam as influências das desigualdades na saúde desta população. Há três explicações para a não reação às situações de discriminação racial vividas no hospital.

A primeira diz respeito a maior preocupação dos médicos em obter o êxito técnico da ação, advinda da tecnicização da medicina, e não o sucesso prático. Como discute Ayres (2005), ao examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebamos e o desejamos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico. O êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis; originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência. O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como” fazer. Não faz parte das aptidões médicas definir o “que fazer”, discute o autor. Por isso é tão difícil definir o que é prevenir agravos do que seja promover saúde, e ir além da negatividade da doença para definir doença e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las (Ayres, 2005).

A segunda explicação, é que a desigualdade estabelecida nos diferentes dimensões da vida social serve a um grupo racial privilegiado. Embora a raça e a cor da pele tenham assumido, no movimento social em escala global, especialmente entre populações negras, um sentido diametralmente oposto nas abordagens eugenistas do início do século passado, passando a se constituir um traço de afirmação identitária no final do século XX, como discute Ayres (2007), ainda é adotada pelos entrevistados somente numa perspectiva biológica e desconsiderada na compreensão do processo saúde e doença:

No geral se enfoca epidemiologia das doenças, mas sem falar da disciplina de medicina preventiva. Toda vez que você estuda uma doença qualquer, existe uma questão epidemiológica: qual é a população mais fortemente afetada: “Ah, são os indivíduos negros, até 30 anos de idade”. “Quem são os indivíduos com mais fibrose cística? São os indivíduos brancos”. Mas acho que é muito mais o conceito de mensuração de chances, de chance de ocorrência, muito probabilístico. Qual a chance desse indivíduo ter essa doença? A gente sabe que essa doença ocorre muito mais em negros, e esse indivíduo é branco. Anemia falciforme, por exemplo. Então a chance de o indivíduo apresentar essa doença, é baixa. É isso, mas não tem uma questão social vinculada (dr. Igor, branco).

A terceira explicação foi que os médicos não adquiriram ferramentas e conhecimento suficientes para lidar com o tema. A raça dos pacientes é ao mesmo tempo algo óbvio, mas difícil de definir para os médicos. O doutor Pablo afirmou que, em alguns pacientes, era mais fácil de identificar, mas o que mais valia era a impressão pessoal. Era mais subjetivo do que objetivo, e sua abordagem demonstrou uma intuição marcada pela história da medicina descrita nos primeiros capítulos, no máximo,

incorporando o debate americano em que raça e etnia categorizam as identidades, confundindo-se com os critérios.

Isso da [raça, cor e etnia dos pacientes] é bem difícil de definir. Você vê, a impressão pessoal de cada um vai ser diferente da impressão que o outro tem, mas... Não fui preparado pra definir. Basicamente você olha e vê a cor da pessoa... Meio óbvio, mas... Particularmente, nem sei se existe um critério. Lendo a literatura americana, você encontra os termos *afro-americano*, *hispano-americano*, *indio*, *indígena*. Mesmo lá a gente não sabe que critérios eles usam. Tem uns orientais que são mais fáceis de reconhecer (dr. Pablo, branco).

eu sou amarelo, ou eu sou branco? Eu sempre achei que eu sou branco porque eu cresci achando que eu era branco, , olhava os meus amigos e falava ou é branco, ou é negro... Na minha época não se pensava em pardo. Hoje em dia que a gente tem mais esse conceito de pardo... E eu acho que... O que leva a definir atualmente... Nossa, é muita coisa. (dr. Reinaldo, amarelo)

Já a doutora Lia, definido-se como mestiça, sentiu certa dificuldade em definir a diferença entre raça, cor e etnia:

Na minha família, tem árabes mais escuros de pele. Então, teoricamente, por esse conceito de miscigenação, eu deveria dizer que sou parda. Mas me defini como branca. Então se me defini como branca, estou considerando a cor da pele e não a miscigenação. Não sei se eu me fiz clara. (...) É uma coisa que não sei direito, Assim, raça, qual a diferença entre cor e etnia? Nem sei qual a definição certa de cada um deles (dra. Lia, branca).

Essa fala esboçou, em certos momentos, que o que prevaleceu para definir a raça foi mesmo algo intuitivo:

Em nenhum momento na formação, como é que funcionava isso daí [classificação social] exatamente. Talvez tenha sido um ponto falho na minha formação. É, foi um pouco intuitivo mesmo (dr. Pablo, branco).

5.1. Lugares sociais do branco, do negro e do amarelo

As relações de poder e desigualdade existentes na sociedade, assim como a discriminação racial definiram os lugares sociais que os indivíduos ocupam e as expectativas sobre esses indivíduos. A pesquisa explorou como as relações de poder definiram o lugar social de cada uma das raças estudadas, e como as “expectativas”

sobre esses grupos raciais afetaram, perpassaram ou interferiram na prática médica, na carreira e na relação entre os profissionais.

Os estudos de Hasenbalg (1996), Hasenbalg e Silva (1988) e Guimarães (2002) sobre o mercado de trabalho brasileiro revelaram que os indivíduos identificados como pretos e pardos ocupavam, com maior frequência, postos de trabalho com pouco prestígio social e que exigiam pouca ou nenhuma qualificação profissional. Consequentemente, seus rendimentos eram substancialmente menores do que os dos brancos.

Mais de um século depois da abolição da escravidão, o trabalho manual continua a ser o lugar reservado para os afro-brasileiros. Em oposição ao que afirmaram as teorias sobre modernização, a estrutura de transição fornecida pelo rápido crescimento econômico nas últimas décadas não parece ter contribuído para diminuir de maneira significativa a distância existente entre os grupos raciais presentes na população (Hasenbalg, 1996, p. 15).

A tendência, observada por Hasenbalg, de os negros ocuparem profissões de menor prestígio social foi respaldada por Ricardo Henriques (2001) em seu estudo sobre a desigualdade racial no Brasil ao longo da década de 90.

Os dados e relatos dos entrevistados apontaram para as mesmas conclusões de outros estudos sobre desigualdades no Brasil sobre o lugar do negro na sociedade. Na prática médica, portanto, os médicos reproduziram os estereótipos sociais, definindo diferentes e desiguais lugares e formas de tratamento para os grupos raciais. Essas desigualdades apareceram em todas as esferas de relacionamento no hospital: médico-médico; médico-aluno; enfermeiro-médico; recepcionista-médico; recepcionista-paciente; médico-paciente.

No caso da relação médico-paciente, foco dessa pesquisa, o racismo e a discriminação institucional afetam de forma direta o direito ao acesso à saúde da população negra, tal como definido por Gruskin e Tarantola (2008) como o conjunto de componentes que o garantem são eles: a disponibilidade dos serviços, acessibilidade dos serviços, aceitabilidade dos pacientes nos serviços e programas, a qualidade dos serviços e programa e a não discriminação.

Sou supervisor da residência, e quando você vem, por exemplo, procurar o supervisor da residência e me vê, se ninguém te disse nada antes, você não espera que seja atendido por um negro, não é verdade? E isso acontece todos os dias (dr Denis, negro).

Eles não mostram que o negro pode ser igual. As pessoas veem a novela e não tem negro no cargo principal. Geralmente o negro faz serviço doméstico, faz serviço de porteiro. São serviços bem simples, que a gente vê no dia a dia. Isso é uma coisa que deveria ser mudada. Então, tem que inserir vários negros, não um negro só. Na novela geralmente são 90% brancos, tem 5% orientais e alguns negros. Então, a gente precisa ver com mais frequência negros em cargo de chefia, em cargos importantes, para isso mudar na sociedade (dr. Daniel, negro).

Como anteriormente abordado por Santos (2009), os sentidos e significados atribuídos aos diferentes grupos raciais tiveram papel importante na gênese dos preconceitos, mas também nas discriminações que se manifestaram frente aos preconceitos criados. Nas falas dos médicos a seguir ficou elucidado os lugares destinados a negros, brancos e amarelos:

[...] A gente passa por muita dificuldade nessa vida, muito preconceito. As pessoas falam: “Por que você fica insistindo em fazer medicina, insistindo em fazer graduação, ensino superior?”. Falo: “Porque todo mundo tem capacidade de fazer aquilo que gosta e de estudar. As pessoas são inteligentes” [...] Ser negro no Brasil, principalmente com formação superior e afastado do esporte, da música, significa lutar contra muita gente. É difícil (dr Daniel, negro).

Os pacientes veem os médicos como pessoas com muita credibilidade. Imaginam que são grandes estudiosos. E, no fundo, não é isso. Já ouvi paciente falar em credibilidade, seriedade, às vezes resultados de trabalho. Por exemplo, lá no consultório todos tem pelo menos sobrenome japonês, são orientais. Já ouvi uma paciente falar que isso passa muita credibilidade, só o fato de serem orientais (dr. Reinaldo, amarelo).

[...] talvez eu nunca tenha sentido um benefício, mas não tenha tido um malefício por ser branco. Por exemplo, passar por escoltas policiais sem nenhum problema, frequentar qualquer tipo de restaurante de alto padrão, sem ser olhado diferente ou questionarem meu diagnóstico no consultório. Ao passo que já vi isso acontecer com pessoas negras (dr. Igor, branco).

A *tabela 3*, a seguir, mostra uma escala de concordância com as afirmativas, em geral inspiradas em resultados coletados em pesquisas sobre a influência dos determinantes sociais de raça e gênero na saúde nas diferentes situações.

Tabela 2.

Frequência de respostas sobre relações raciais na saúde

	Concorda plenamente	Concorda pouco	Discorda pouco	Discorda plenamente	Não respondeu
Profissionais de saúde podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade social de alguns grupos populacionais.	8 / 32%	13 / 52%	1 / 4%	3 / 12%	-

Médicos, com certa frequência, afirmaram que é possível diagnosticar pacientes sem tocar.	11 / 44%	8 / 32%	-	5/20%	1 / 4%
Erros de diagnóstico foram frequentes, mas médicos devem ser cuidadosos ao expor erros de outros profissionais.	18 / 72%	3 / 12%	3 / 12%	-	1 / 4%
A discriminação está presente em todos os setores da vida brasileira. Convivemos com ela na saúde.	17 / 68%	3 / 12%	-	3 / 12%	-
O fato de a mudança de sexo estar regulamentada torna a relação de médicos com travestis e transexuais mais aberta e mais fácil.	5 / 20%	9 / 36%	6 / 24%	4 / 16%	1 / 4%
Mulheres buscam mais o serviço de saúde que os homens.	25 / 100%	-	-	-	-
Negros e latinos sentem menos dor que orientais.	-	4 / 16%	5 / 20%	16 / 64%	-
As mulheres sentem menos dor que os homens.	5 / 20%	9 / 36%	1 / 4%	9 / 36%	-
Negros e negras adoecem menos por serem mais resistentes fisicamente.	2 / 8%	5 / 20%	1 / 4%	16 / 64%	1 / 4%
Mulheres negras peregrinaram mais em busca de local para o parto, tiveram pior pré-natal e proporções maiores delas não receberam anestesia.	7 / 28%	5 / 20%	3 / 12%	9 / 36%	1 / 4%
Médicos atenderam de formas diferentes homens e mulheres.	12 / 48%	7 / 28%	2 / 8%	3 / 12%	1 / 4%
Médicos atenderam de formas diferentes brancos e negros.	6 / 24%	6 / 24%	3 / 12%	9 / 36%	1 / 4%
Médicos atenderam de formas diferentes pessoas em conflito com a lei	16 / 64%	3 / 12%	-	4 / 16%	2 / 8%

Embora estatisticamente os números não expressem a compreensão sobre determinantes sociais do universo de médicos brasileiros, vale destacar algumas informações que a *tabela 2* indica:

- Todos os médicos entrevistados afirmaram que as mulheres procuram mais o serviço de saúde;

Concordo plenamente. As mulheres são mais preocupadas e cuidam mais da saúde do que os homens (dra. Helen, branca).

- A maioria dos médicos entrevistados concordou que existe discriminação na saúde (88%);

Um médico muito antigo, super machista, se ele tiver uma população de doentes homossexuais, pode ser que não tenha uma relação boa, seja mais grosso e não queira atender. Isso pode acontecer sim. Não tenho essa experiência, mas pode sim (dr. Diego, negro).

- Nenhum médico concordou plenamente com a ideia de que negros sentem menos dor, mas alguns médicos concordaram que negros são mais fortes:

Tem uns caras que são uns touros mesmo. Concordo pouco (dr. Gabriel, branco).

Não sei explicar, mas o nível de tolerância de dor de um japonês é maior do que de um negro. Se um japonês falar que está doendo, corre com esse cara porque está doendo muito. Se um negro falar que está doendo, pode ir tranquilo que não está doendo tanto assim. É o nível de tolerância à dor. Não é que não esteja doendo, mas não está doendo tanto quanto se fosse num japonês. O oriental, ainda, não ia estar reclamando. É diferente o nível de tolerância de dor sim (dra Isabel, branca).

- Embora as sejam duas perguntas sobre desigualdade e discriminação, os médicos tendem a concordar mais com a afirmação de que médicos tratam diferentemente mulheres/homens do que com a afirmação de que médicos tratam diferentemente brancos/negros. Isso pode ser interpretado de duas formas: 1) pelas conquistas do movimento feminista, o tema de gênero estava mais presente no imaginário das pessoas, e os médicos conseguiram distinguir “diferente” de “desigual” e as discriminações de gênero foram menos difíceis de ser admitidas; 2) isso não aconteceu com a raça, pois, mesmo admitindo a existência do racismo, houve uma negação da discriminação. Médicos, baseados na raça dos pacientes, retomaram a máxima de que: “o brasileiro tem preconceito de ter preconceito”, e isso dificultou o combate à discriminação.

5.2. Ser negro

“O Brasil levaria pelo menos 25 anos para ter um número de médicos negros proporcional à população negra no país. Ainda assim, isto ocorreria numa situação fictícia em que todas as vagas disponíveis em cursos de Medicina fossem destinadas a negros e indígenas”.
(José Luis Petrucelli - Mapa do Ensino Superior Brasileiro)

Como dito anteriormente, a negação do preconceito e das práticas discriminatórias no Brasil foi relacionada com a forma de como as relações raciais se estabeleceram no país. O Estado empreendeu esforços para constituir a imagem de democracia racial, em que a base dos problemas vividos pela população discriminada estava nas desigualdades de classe.

Se isso se confirmasse, por que médicos negros, em sua maioria pertencentes à mesma classe social dos outros médicos, sofreram as mesmas discriminações que negros de outras classes sociais e profissões? Por que negros e negras médicas foram mais questionados sobre sua competência?

5.2.1. Sentidos e significados sobre ser negro

Ao ser questionada sobre os sentidos e significados de ser médico ou médica negro/a, a doutora Tatiana argumentou que é ter uma carreira de sofrimento e de muita luta:

[...] quando falo sobre o que é ser negro nesse país [...] só estou me lembrando da palavra sofrimento. É difícil ser negro nesse país, ser uma pessoa que traz consigo uma história de vida extremamente difícil, de extremo desrespeito, genocídio, tudo isso que a gente viveu, que nossos antepassados viveram.
[...] O negro é um herói. [...] é luta, é sair lá de baixo e tentar vir à superfície. Em que pese pra alguns, mas a gente é bom nadador. Viemos quase a nado lá da África (dra Tatiana, negra).

O doutor Denis concordou com a afirmação da doutora Tatiana, mas problematizou o fato de os colegas usarem essa trajetória de sofrimento para avaliar o caráter dos negros. Segundo o médico, na visão dos brancos, para se tornar uma pessoa melhor, o negro precisava sofrer. Por quê?

Não estou aqui por concessão de ninguém. Estou aqui porque lutei bastante. O que me irrita é quando as pessoas têm dó de mim por causa disso. As pessoas falam: “É muito legal ser negro, mas também é barra, ?”. Primeiro não foi uma barra, é a minha história, é o caminho que trilhei para chegar até aqui e isso não muda. E me irrita quando as pessoas falam: “Que bom que você passou por isso”. Falo: “Que bom nada! Se eu pudesse escolher, você acha que escolheria passar por tudo isso? Tem lógica?”. Não tem lógica. Eles retrucam: “Ah, que bom, porque isso te tornou uma pessoa melhor”. Quem disse que, se eu não passasse por tudo isso, ia ser uma pessoa pior? O que vem das pessoas negras bem sucedidas é que parece que o sofrimento é que as fez boas pessoas. É o sofrimento que te faz bom? Então, vamos pegar esses caras que tem muito dinheiro e fazer eles sofrerem um pouquinho, para ver se melhora alguma coisa. Conheço pessoas que tem muito dinheiro, não sofreram nada e são pessoas excelentes (dr. Denis, negro).

O estudo de Bento (1992) vem confirmar o que esta pesquisa evidenciou e que os entrevistados explicitaram tão bem: quanto mais ascendeu e “invadiu esse mundo”,

mais o negro incomodou. Considerando os diferentes momentos de trajetória profissional do negro, estudados por Bento (1992), aqueles em que as práticas discriminatórias ocorreram com mais intensidade e mais frequência foram os ligados à promoção profissional e à ocupação de cargos de comando.

[...] Dei a aula e a aula foi legal. Mas foi como se fosse uma concessão: “Você é jovem, é pretinho, mas dá aula bem. Ele é pretinho, mas é médico. Ele é pretinho, mas tem um papo legal. É pretinho, mas...”. [...] Fora ser quem sou, estar onde estou, participar das coisas que participo, não sei se a gente consegue mudar esse “mas”. Já mostrei meu valor, do que sou capaz. Esse “mas”, em algum momento, vai ter que sair. Esse “mas” não é uma concessão. [...] Não basta alguém falar que sou capaz, eles querem ver se sou capaz. Porque sou negro e porque sou jovem. Faço coisas que não são tão comuns na minha faixa etária. Cheguei cedo e algumas pessoas demoram mais para chegar, muito provavelmente por causa desses detalhes que a gente não controla na vida (dr..Dennis. negro).

A fala do doutor Denis apontou a necessidade de reverter a lógica da subordinação branco superior *versus* negro inferior. Esse estudo comprova o que Bento (2002) apontou em sua tese de doutorado:

[...] nos raros casos em que um negro conquistou mobilidade real, seus colegas brancos se sentiram incomodados, e mais intensa e visível se tornou a discriminação. Os entrevistados se referiram ao surgimento de “armadilhas”, ou seja, estratégias montadas com o intuito de induzi-los a erros, de forma a poder exibi-los como confirmação/prova do estereótipo da inferioridade. (Bento, 2002, p. 18)

5.2.2. As relações no ambiente hospitalar

Os entrevistados apontaram que, independentemente do fato de a pessoa ter ou não preconceito aberto ou intenção de discriminar, algumas discriminações se tornaram parte da rotina quase como se fosse natural:

[...] No hospital eu sempre me apresento como médico, sempre procuro usar a identificação para evitar esse tipo de abordagem, porque eu sei que vai ter. Isso é uma coisa que vai ter. A sociedade ainda não está acostumado a ver médicos negros. Então, para evitar que eu fique aborrecido acabo sempre andando. Isso é uma forma de autodefesa. Se eu não estivesse com o crachá, eu sentiria muito mais isso na pele. (Dr. Daniel, negro)

E a gente ia no refeitório almoçar. Aí tinha um guardinha assim novinho como a gente e ele quando me via abria um sorriso e a minha amiga começou a achar que o cara estava me paquerando, mas que absurdo, será que ele não percebe que você é uma *lady*? Como se fosse uma coisa: “você é negra, mas é médica! Então você é mais parecida com a gente...”. Não tem essa coisa, nunca vai embranquecer! (Dra Fernanda, negra)

Essa fala foi bastante significativa para problematizar duas questões sobre as relações raciais no Brasil. A primeira delas foi que todo negro que ascende passa a ser tratado como “igual”. A questão que se apresentou foi: “igual a quem?” A noção de igualdade aqui empregada pela médica [amiga da entrevistada] foi aquela que embranqueceu o negro, de forma que a igualdade possível seja a que negou a história e invisibilizou os preconceitos. Nesse caso, a passagem da fala da médica branca trazendo a colega negra como “*lady*”, ou seja, *lady* em contraponto com a outra mulher negra “não *lady*”, passível estabelecer relações com pessoas não médicas em igualdade. Ele simplesmente sorriu, mas a explicação: “você é negra, mas é médica...” reforçou a noção de lugar e expectativas em relação às hierarquias e “etiquetas” previstas nas interações entre as pessoas. Isto é tão significativo que virou tema de propaganda de carro³⁰. Duas pessoas esperam o elevador, uma mulher “tipicamente” de alta classe branca e outra mulher “tipicamente” de origem humilde do nordeste brasileiro. A mulher da elite “informou” para a outra que o elevador de serviço é o outro. Ao que ela responde: “Muito obrigada pela informação, acabei de comprar a cobertura e não sabia onde era o elevador de serviço, mas agora já sei”. E a cena termina com a frase: “Você precisa mudar seus conceitos”.

A segunda questão diz respeito ao incômodo da médica branca em relação ao sorriso do *guardinha* (típica função de subalterno, inclusive no diminutivo). Por que um simples sorriso causa tanto incômodo? E se o *guardinha* fosse alguém que sorrisse para todos, mas ninguém nem percebe? E se a única pessoa que percebeu o sorriso e atenção do *guardinha* foi a médica negra?

Doutora Tatiana chama a atenção para o perigo da naturalização das discriminações. Ressalta que hierarquias entre as diversas raças e os gêneros sustenta a desigualdade e aumenta o risco ao adoecimento e aos agravos em saúde:

[...] Chega no pronto socorro um branco gritando de dor e o negro gritando de dor quem vai ser atendido primeiro? Daí como a minha dor vai ficar ali o negócio vai aumentando, a isquemia vai aumentando e a chance deles terem amputação de membros é maior. (Dra Tatiana, negra)

³⁰ Em 2000, a Fiat estabeleceu os valores que queria agregar a sua marca: simplicidade, vitalidade e alegria, inovação e temperamento. A intenção, aqui, era propor uma mudança cultural no consumidor brasileiro, para que ele perdesse o preconceito e experimentasse o novo. Uma campanha irreverente e descontraída foi levada então à TV, com os filmes de Palio que tinham como slogan “Você precisa rever seus conceitos”. De forma divertida, os filmes tocavam na ferida de vários preconceitos tipicamente nacionais.

A constatação das desigualdades ocorreu e provocou desde a indiferença até diferentes graus de constrangimento. No entanto, a indignação explícita, a discussão sobre a ética dessa relação desigual, não se afigurou na fala do doutor Diego. É quase como se essa desigualdade fosse natural.

Já trabalhei e trabalho em hospital particular, em hospital do SUS na Bahia, no Rio de Janeiro e nunca tive problema com isso. Pelo menos eu nunca senti nada de mais, no máximo alguém te encontra no pronto socorro e fala: “Enfermeiro, me ajuda!” Mas isso é besteira, pode ser com uma pessoa branca também. Nunca me incomodou isso daí. (Dr. Diego, negro)

5.2.3. Estereótipos sobre médicos negros

Outro aspecto explorado nas entrevistas foi a relação entre os médicos e as interpretações das relações entre os pares e também em relação ao olhar do paciente sobre o profissional negro. Os relatos abaixo trouxeram de forma inequívoca o cotidiano dessas relações e as marcas do racismo à brasileira.

Como é que eu vou te explicar isso, é que a palavra em inglês quer dizer muito mais do que um pré-conceito, todos nós temos pré-conceitos das coisas. Então acha que o negro é pagodeiro, que o japonês é CDF, que o alemão é alto e é sério e que a mulher é fraca, sei lá, realmente tem todos esses pré-conceitos, e é normal. Esses pré-conceitos vêm da nossa experiência de vida, vem de como é a sociedade. Discriminação é você prejudicar aquela pessoa pelo fato daquele pré-conceito que você tem dela, entendeu? Eu sofri muito pré-conceito, em poucos momentos eu fui prejudicado por causa desse pré-conceito que as pessoas tem. E esse pré-conceito não vem só por você ser negro, vem por você ser pobre e vem por você ser jovem, entendeu? A gente que é negro ainda tem mais a aparência mais jovem ainda do que realmente a gente é. (Dr. Dennis, negro)

[...] O indivíduo profissional de saúde negro, ele talvez seja um pouco mais desacreditado. Eu já presenciei isso. Tinha um indivíduo na minha panela de internato que ele é negro. Ele é até baixista da minha banda hoje, um grande amigo meu. E nós quando éramos internos e tal, nós íamos atender, até que ele se apresentasse como estudante de medicina, as pessoas... ele tinha que reafirmar isso. As pessoas olhavam “mas você, você trabalha aqui, você é o que?” eu já presenciei esse tipo de coisa. (Dr. Igor - branco)

Conheço uma médica negra e ela não sabe sambar. E ela se irrita quando as pessoas falam... [...] (Dr. Dennis, negro)

Além da pequena percepção sobre o que é racismo e discriminação, outra faceta muito comum foi a negativa do ato de discriminação. (Bento, 2002) chamou esse fenômeno de “negação do racismo”. Essa negação consiste no

posicionamento relativizante do racismo à brasileira uma vez que não é objetivado em lei. As evidências de discriminação sofridas pelos negros e negras tendem a ser suavizadas pelos outros. Seja o delegado de polícia, que se recusa a abrir um boletim de ocorrência, pois “acha” que aquilo não foi racismo, seja o amigo que, ao consolar a pessoa vítima de racismo, tenta suavizar e minimizar o percebido, dizendo que a vítima podia estar vendo coisas onde elas não existiam. Essa é uma prática recorrente e apareceu na narrativa de alguns entrevistados.

Ah, infelizmente existe, não era pra ser, mas infelizmente existe. Mas eu acho assim, algumas pessoas acabam forçando um pouco a barra também, porque acabam vendo preconceito em coisas que talvez não fosse o objetivo, eu vi que tava tendo uma ação contra uma empresa de azeite [Gallo] porque ela fez uma propaganda que estava escrito: “Nosso azeite é rico e a embalagem escura é o segurança.”³¹ e aí colocaram isso como uma questão de preconceito. A primeira vez que eu li, eu entendi que seguranças usam terno preto, para mim era essa a interpretação. Mas você olhando ali, vendo o porque as pessoas acharam isso, dizendo que os negros eram seguranças dos ricos, eu acho que provavelmente essa não era a ideia da empresa quando fez essa propaganda, mesmo porque ela não iria se joga na fogueira para ser processada, mas não sei, as vezes acho que as pessoas acabam procurando picuinha assim sabe, pelo menos quando eu li a propaganda eu não imaginei aquilo, mas eu acho que as pessoas acabam se sentindo prejudicadas demais talvez. (Dra Bruna, branca)

A ausência de debate sobre a desigualdade na distribuição de recursos econômicos e de poder, faz com que também não se debata as causas que provocaram essas desigualdades. “Permitiu-se não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros; no final das contas, foram também poderosos interesses econômicos em jogo, ainda que não só” (Bento, 2002, p. 28). Por essa razão, políticas compensatórias ou de ação afirmativa foram consideradas como assistencialistas por alguns dos entrevistados.

Eu podia ser beneficiado porque eu ia ter sistema de cotas e eu ia passar mais facilmente na faculdade. Em compensação profissionalmente tem gente que não lida com a questão racial como eu lido e considera que isso é uma coisa que influencia na competência da pessoa. (dr Thomas, branco)

Vale ressaltar que, embora a lógica que sustenta a negação do racismo seja a mesma nos diferentes espaços da sociedade, ela se manifesta de formas diferentes dependendo do contexto em que negros, brancos e amarelos estão inseridos. Esperar por uma reação de humilhação como a vivenciada entre policiais e jovens negros

³¹ Uma campanha publicitária do azeite Gallo está na mira do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar) sob acusação de racismo. Ao lançar uma embalagem com vidro escuro no fim de 2011, a marca portuguesa criou o mote “O nosso azeite é rico. O vidro escuro é o segurança”. A queixa é que o consumidor considerou a peça racista e alega preconceito contra negros e seguranças.

cotidianamente nas ruas da cidade dentro do hospital poderia cegar as pessoas sobre as evidências das práticas raciais no contexto dos espaços de saúde. Um negro andando nos corredores de um hospital não é considerado suspeito e, portanto, basta uma pergunta [o que você está fazendo aqui?] para colocá-lo em “seu lugar”, uma vez que aquele quase nunca será entendido como lugar dele. É diferente de um negro correndo no centro da cidade, em que o policial o avaliará como “suspeito perigoso” e atirá-lo antes de perguntar, só com base na cor da pele. Trata-se da mesma lógica da ordem nas duas situações, permeada pelo racismo à brasileira, que se expressa nos mecanismos do segurança do hospital e no policial. A diferença foi que no hospital o negro não foi significado como oferecendo tanto risco. Então bastou perguntar o que ele estava fazendo ali, ao contrário do negro correndo na rua, que pode ser interpretado como bandido pelo policial, como foi o caso do dentista negro que correndo, por estar atrasado para o trabalho, foi baleado por um policial no centro de São Paulo em 2012.

[...] Imagine que você está entrando numa faculdade de medicina, que você vai passar pela portaria e você é um aluno, e exista lá um segurança, e que não pára ninguém, e você é negro e vai entrar, ele olha para você e pergunta, quem é você? Você responde, eu sou aluno. Ele fala, você está com a sua carteirinha aí? Você precisa pegar e mostrar a carteirinha para ele, sou aluno. E aí você entra. Isso é um pré-conceito. Isso é ruim ou isso é errado, eu não sei, eu acho que não. 100% das pessoas que entram lá, dos alunos, são brancos. Entra um diferente, é normal ele achar estranho, entendeu? Esse tipo de problema eu enfrentei e enfrento até hoje. Agora, eu nunca sofri nenhum tipo de perseguição por ser negro. (Dr. Dennis, negro)

[...] eu entrei na faculdade muito assim [desconfiada]: “Eu quero só ver, pode vir que estou preparada”, mas aí eu descobri que, pelo menos, para os meus professores eles me olhavam e os meus amigos depois me falaram isso, eles começaram a querer me dar privilégios e não sei se a palavra certa é privilégio, mas assim eles também sabem que não é fácil chegar na universidade qualquer que seja. Então eles também te olham assim, se ela chegou ela deve ter algum valor e isso principalmente os professores. Então nesse ponto tanto quando eu vim pra residência eu sempre me senti super protegida pelos professores e depois a gente fala dos iguais mas pelos professores sempre isso assim, me valorizando, me dando energia e colocando lenha para eu queimar e eu brigar e depois o melhor amigo meu era o cara mais racista que tinha na turma e ele dizia, ele falava : “Tatiana, é incrível porque você vem com essa historinha de que é negro, escravo, mas todos os professores ficam aí te puxando o saco”. Então eu vivi isso, você vê que legal, legal quer dizer, eu acho isso, que eles reconhecem e valorizam isso assim. (dra Tatiana, negra)

Ambas as situações acima mencionadas podem suscitar diferentes interpretações daquelas dadas pelos entrevistados. O racismo no ambiente escolar ou universitário não vai se manifesta da mesma forma que se manifesta num contexto de rua. Quanto mais altos são os postos ocupados mais refinada e camuflada é a discriminação.

Algumas outras categorias também apareceram com força nas falas. Uma delas estava relacionada à culpabilização do negro por seu insucesso. Ou ainda, pela incapacidade de observar o impacto do racismo no Brasil, que por diversas e diferentes vias podem dificultar ou impedir o sucesso escolar de grande parcela da população negra. Algumas perguntas eram portas que se abriam para essa “culpabilização”. Os trechos abaixo a ilustram bem:

[...] Assim talvez seja porque eles não gostem de estudar muito... assim fazer medicina tem que estudar muito (Dr. Marcelo, branco)

Por que existem menos médicos negros sendo que a população negra é superior a 50% da população total?

[...] acho que é muito mais condição social sócio econômica também por não tem melhor acesso à educação e um pouco até pela discriminação. Se bem que não chega ser subjetiva a seleção, o vestibular é igual só que eles não têm condições iguais de competir. O oriental na verdade é porque os imigrantes apoiaram... Os orientais perceberam que para subir na vida tinha que fazer faculdade então não botou os filhos para trabalhem na roça botou os filhos na escola. Meus avós são todos agricultores, mas meus tios são todos formados em faculdades grandes então estudaram pra caramba bancaram cursinhos e tudo mais, fizeram sacrifício na família, a família sacrificou bastante para pagar esses cursos para poder fazer uma boa faculdade então não sei se foi uma questão mais cultural do oriental de ter visto a faculdade como um meio de melhorar ainda mais a vida. A intenção deles era ficar e a gente estava numa condição mais pobre então só dá para subir na vida se virar doutor. Essa foi uma cultura que criou e daí a cultura do oriental ser estudioso (dr. João, amarelo).

O doutor João expressou como a preocupação em preservar, isentar, proteger os interesses do seu grupo coexiste com os discursos sobre a culpabilização e desvalorização dos negros, e por vezes, com uma indiferença em relação à violação de seus direitos:

Que negro é ladrão, que negro está querendo te passar a perna, quer levar vantagem em tudo, que eles tem preconceito deles o que eu acho que também é um pouco errado, mas na verdade eu acho que eles não têm nenhuma chance de melhorar não tem nada para ajudar eles (dr. João, amarelo).

É interessante notar que uma qualidade fundamental para o aprimoramento da relação médico-paciente, a comunicação, a construção de vínculos, aqui foi encarada pelo médico como “desperdício” do tempo.

[o que se fala sobre os médicos negros] gostam de “bater papo” com os pacientes (dr. Pablo, branco).

5.2.4. Relação médico-paciente

Também a relação médico-paciente no que concerne os marcadores sociais de gênero e raça pode indicar pistas sobre as lacunas na formação sobre os determinantes sociais. Na relação médico-paciente, as cenas de discriminação relatadas pelos entrevistados foram registradas no plano simbólico, mas não tiveram força suficiente para impulsioná-los a se posicionarem frente à discriminação. O tecnicismo foi o caminho encontrado para exercer a profissão. Como discute Ayres, este é um erro que acaba por trair o sentido da prática médica ou negar suas intuições, o que não melhora a sua prática. Essa anulação do aspecto mais humano da prática é um limitador da tão sonhada eficiência que leva ao êxito técnico. Engessa e inibe a criatividade. Por que foi tão difícil responder, diante da discriminação racial? Por que foi tão penoso?

Você acha que no contexto acadêmico, universitário, ele [o negro] era tratado normalmente pelos colegas, professores?

Eu convivi bastante com ele, e, que eu tenha presenciado, foi um tratamento exatamente igual ao dos outros todos.

Mas e no caso dos pacientes?

Às vezes, sinto é com relação à raça. Alguns pacientes gostam de ser atendido por médico negro, falam assim “que legal!”. Outros pacientes não falam nada, mas você sente que existe um comportamento estranho, uma certa decepção. Isso já senti algumas vezes (dr. Daniel, negro).

Recentemente até perguntaram “não sabia que não médico podia fazer esse tipo de exame”, no ecocardiograma. Eu falei “é só médico que faz, já sou cardiologista, tenho mais de seis anos de formado...”. Várias vezes as pessoas perguntam porque elas sentem uma certa decepção... Não sei se seria uma certa forma de preconceito, elas sentem... Na verdade, não é um local que habitualmente se vê médicos negros.

Qual é o local dos negros?

[...] não se vê pessoas negras como médico, pode fazer biomedicina, enfermagem, fisioterapia. Seguir a carreira de médico é uma coisa que ainda é difícil no Brasil você encontrar. (dr. Daniel, negro).

Como dito anteriormente, a relação médico paciente é atravessada pela compreensão de gênero e raça construída a partir das experiências pessoais. Portanto No exemplo a seguir observa-se uma interpretação bastante comum da relação médico negro – paciente negro que se resume na explicação de que “negros também discriminam negro”. Segundo Schucman (2012, p. 37) “não há como um sujeito se reconhecer de forma positiva se a sociedade em que ele está inserido produz, acerca de seu grupo, estereótipos, preconceitos e discriminações que restringem a possibilidade de humano desses sujeitos”.

Os pacientes discriminavam ele. [...] E aí você vê, esses pacientes de baixo nível sócio-econômico, que é o paciente que vem aqui, e predominantemente, baixo nível socioeconômico, então quem são as pessoas de baixo nível sócio-econômico? Pacientes negros, na grande maioria, e pardos (dr. Igor, branco).

A autora defende ainda que:

“representação negativa ou não representação dos grupos minoritários dentro de uma sociedade atua de forma perversa sobre a própria subjetividade da vítima: a própria autodepreciação torna-se um dos mais fortes instrumentos de opressão sobre os sujeitos pertencentes a grupos cuja imagem foi deteriorada. (Schucman, 2012, p. 37)

Por isso, são fundamentais as ações afirmativas no Brasil. Por um lado, essas políticas são iniciativas essenciais de promoção da igualdade e permitem equilibrar as desigualdades existentes nas áreas de educação, trabalho, saúde etc. Por outro lado, além de combater o racismo, também possibilitam a construção positiva da identidade racial negra, a medida que resignificam e devolvem condições materiais e simbólicas para que pessoas negras possam exercer seus direitos.

Tem uns que já falam e outros que não, mas eu sei o que ele está pensando. E tem uns que acabam que não aguentam e no final ...No final, nem que seja no final em que ele está indo embora, ele fala: "Parabéns fiquei muito orgulhosa de ter a senhora". Então eu acho que existe essa cumplicidade assim histórica não tem jeito e muitas vezes na UTI o paciente mal e a família está esperando a visita médica meio dia e a médica está atrasada porque está falando com outra família "espera que a doutora Tatiana já vem atender" E eles esperam, esperam, eis que chega a doutora Tatiana, negra. Primeiro, há o mesmo estranhamento do aluno de medicina, os comportamentos se repetem, "provavelmente é a enfermeira e a doutora não vai vir". Eu digo: "Prazer, eu sou a doutora, como vai?" é todo dia. Mas quando é uma família negra, a família fica "será, mas será que é médica mesmo?" e tal. Acho que tem aqueles que tem dificuldade para se relacionar com os iguais. Então até questionam e talvez tenham aqueles que até nem gostem e tem aqueles negros que eles mesmos não gostam de interagir com negros (dra. Tatiana, negra).

Acho que atendo diferente porque não tem que ser [...] Eu como disse que sou evangélica e quando sei se algum residente é evangélico pronto, eu já me interessei e quero saber. Aí qual igreja, como é ou não (dra. Tatiana, negra).

Bento (2005) nos lembra de que, para que um programa de ações afirmativas seja efetivo é fundamental garantir, aos protagonistas em questão, as condições materiais e simbólicas para que as dificuldades ou desníveis possam ser superados e as escolhas possam ser feitas de maneira lúcida e, conseqüente, a médio e longo prazo.

5.3. Ser oriental-amarelo

Há muito poucas informações sobre as relações raciais sob a ótica dos amarelos, por esse motivo para aprofundar a análise do grupo racial amarelo, além das narrativas coletadas por meio das entrevistas e das referências bibliográficas encontradas, também utilizou-se como recurso um informante chave, a entrevistadora e integrante do grupo de pesquisa. Também conhecido com “Doc”, simboliza o mediador, que garante o bom acesso ao grupo racial em estudo. “Desempenha também o papel de conselheiro e “protetor”, defendendo o pesquisador contra as intempéries e os imponderáveis próprios ao trabalho de campo” (Valladares, p, 153).

Os amarelos, grupo que se assemelha aos brancos em relação a diversos indicadores, dentre eles econômicos e educacionais, se identificam com eles no espaço do hospital e isso faz com que, em alguns casos, se reconheçam mais como brancos do que propriamente como amarelos:

A parte italiana é predominante na sua trajetória?

Foi porque na verdade a família italiana era mais unida. Então eu sempre tive muito mais contato com a parte italiana, basicamente branco. Por isso que, então a parte oriental eu tinha pouco contato com a família assim. Era mais desintegrado, meus avós eram separados, aí meu vô faleceu, minha vó faleceu, aí perdeu, basicamente só tem meu pai e algumas tias japonesas, por isso eu acho que sou, me considerei branco, respondendo agora, mas por causa disso, meu crescimento mesmo. (Dr. Reinaldo, amarelo)

[...] eu lembro que no colégio tinha um amigo que era coreano, que a família inteira era coreana, da Coreia, vieram da Coreia, tudo. Tinham costumes próprios. Então na casa tirava os sapatos. E que eu não tinha. E se eu tivesse também ia ser semelhante. E aí eu via, nossa é diferente, tal. E você começa a observar, assim como os brancos têm outros, os italianos, por exemplo, têm outros tipos de costumes... Os orientais, no caso os amarelos, os negros têm outros tipos de costumes... E aí eu acho que foi mais nessa base de ter costumes diferentes. (Dr. Reinaldo, amarelo)

Por que logo no começo, na primeira questão você se definiu como branco?

Acho que costume.

Costume?

É [...] porque no hospital não faz diferença ser branco ou amarelo. (Dr. André, amarelo)

Embora seu pertencimento racial não fosse gerador de desigualdades negativas marcantes, como no caso dos negros, o amarelo também acabou por ser silenciado, e muitas vezes pressupôs que esse fato não é fonte de dificuldades. No entanto, não estiveram livres de ser estereotipados na nossa sociedade. Mesmo que esses estereótipos, na sua maioria, tenham sido positivos e enaltecedores de sua cultura, na classe médica, os orientais compõem pouco mais de 8% do total. Na visão dos médicos, eles se destacaram como minoria por suas competências profissionais.

Estudos norte-americanos indicaram uma situação semelhante (Chun, 1983), tanto no que se refere às características estereotipadas atribuídas aos alunos de origem asiática, como sendo estudiosos, colaborativos e dóceis, mas pouco comunicativos e mais afeitos às disciplinas científicas e exatas; quanto do ponto de vista dos próprios estudantes, que se mostram pouco à vontade frente à sua identidade étnica. No Brasil, Camacho (1983) investigou as razões que levariam estudantes nipo-brasileiros a um bom desempenho escolar. Por meio de entrevistas com famílias residentes em São Paulo, a autora concluiu que a forte presença de valores da cultura tradicional japonesa, como a hierarquia, a vergonha, a autodisciplina e a responsabilidade, ao lado de intensa valorização da educação escolar, estariam na base de um comportamento de compromisso e empenho no processo de escolarização. Essas observações se confirmaram na narrativa de entrevistados.

Uma vez que você percebe que é diferente, esta consciência te acompanha pelo resto da vida. Em cada interação você sabe que é oriental, você sabe que as pessoas veem uma oriental, não adianta o que você faça, é o seu corpo e é isso o que as pessoas estão vendo. E quando você cresce um pouco mais (no meu caso, com 6 anos), você percebe que as pessoas têm uma expectativa em relação a você: você tem que ir bem na escola e ser inteligente e bem comportado, porque você é oriental. E por um longo tempo e em vários momentos, essa expectativa e esse estereótipo são explicitamente manifestados. "É claro que ela vai bem, ela é oriental." "Nossa, como você é inteligente! Ah, é que você é oriental ." E além disso, você também representa todo um grupo. Por exemplo, "Olha, você vai bem... Todos os orientais são inteligentes, não são?" Várias vezes, no ensino médio, ouvi pessoas falarem "sou japonês, mas sou burro", quando elas tiravam muitas notas baixas (Informante-chave)

5.3.1. Reconhecimento dos privilégios

O fato de ser amarelo trouxe privilégio nos espaços de trabalho em saúde no Brasil. Pelas narrativas dos entrevistados, os estereótipos positivados abriram mais portas em relação a oportunidades de trabalho associadas a segmentos da prática médica específica, como oftalmologia, por exemplo.

[...] Graças a Deus o oriental é muito bem visto. O oriental é muito bem visto na sociedade é visto como uma pessoa mais religiosa, mais trabalhadora, então isso me abre até portas até. Na verdade pelo contrário me ajuda até. (Dr. João – amarelo)

Quais coisas mais comuns você ouviu sobre orientais?

Eu acho que num modo geral, os pacientes vêm como pessoas com muita credibilidade, geralmente fazem assim, eles imaginam como se fosse um grande estudioso não é, no fundo é isso. Então acaba passando credibilidade,

seriedade, às vezes resultados de trabalho. Eu já ouvi paciente falar isso. Por exemplo, lá no consultório todos têm pelo menos sobrenome japonês, então, orientais, e eu já ouvi uma paciente falar que isso passa muita credibilidade, só o fato de serem orientais. Porque eles imaginam que sejam pessoas honestas, que fazem tudo correto. É difícil você desviar do correto, e tenta sempre fazer uma conduta mais moderna possível, mais adequada possível. Acho que tem essa, a palavra é credibilidade mesmo, confia mais. É isso, eu acho que é isso no geral. Aqui também (dr Reinaldo, amarelo).

[...] os médicos orientais, eles geralmente tem mais facilidade de entrar nesses hospitais que são só para o atendimento dos orientais, então a gente acaba vendo que eles são mais fechados e que eles preferem ser atendidos também por pessoas da mesma raça. Para mim é até estranho, porque eu sempre tive muito contato, então eu achava até, eu sempre achei ruim assim, mas infelizmente isso acontece mesmo e eu já vi aqui (dra. Bruna, branca).

Nas falas acima, chamou a atenção a fala sobre os pacientes orientais preferirem ser atendidos por médicos orientais. A empatia no relacionamento com pares e adultos foi um aspecto que contribuiu para a competência social. *Empatia* consiste em compartilhar uma emoção percebida de outra pessoa, sentindo de forma semelhante.

Na prática, você atende um daí você vê, ah, hoje em dia eu vejo, que ah, tipo, atende um oriental, querendo ou não eles têm mais empatia por oriental assim. (dra Adriana, branca)

Você se sente beneficiada pela sua cor?

Ah, sim (risos). Eu acho que, já, tipo, teve um trabalho, tem lugares, pelo menos na Oftalmo e deve ter uns hospitais assim que eles pegam os orientais, assim, sabe? Acho que eles pesam isso, porque querendo ou não, eu vejo meus pais assim, se é um médico oriental, já trata diferente de um não oriental [...]. (dra. Monica – amarela)

A proporção grande de orientais entre médicos, maior que sua presença na população em geral, foi também associada por uma entrevistada simplesmente à concentração de escolas médicas na região, sem nenhuma associação com as relações raciais nesses estados.

33% dos negros são da classe média, os orientais são 1% da população brasileira, 10% de orientais são médicos. Você não pensa que pode ter outra razão além da financeira pra esse menor acesso?

Talvez também pela localização a gente tem muito mais oriental na região sudeste e população parda e negra nos outros estados, e os centros de formação estão mais aqui mesmo então acho que isso talvez possa influenciar um pouquinho também, não acho que todo o motivo tá relacionado a isso, mas acho que uma parte também se deve a isso, a gente tem menos faculdades, por exemplo, de medicina nos outros estados do que aqui, aqui tá muito concentrado. Então isso acaba influenciando de uma certa forma nessa distribuição, não sei se é o responsável por tudo, provavelmente não. (dra. Bruna – branca)

5.3.2. Discriminações versus discriminações

Questionados se já se sentiram discriminados por serem amarelos, a maioria disse que não. Mas, chama a atenção o modo como nas duas situações a seguir, mencionadas pelos médicos, a raça amarela foi ressaltada para diferenciar e discriminar. O padrão de beleza branco e europeu e a representação beleza e não beleza para os brasileiros, que perpassa novamente o privilégio dos brancos assou despercebido pelos orientais. Também foram vítimas do padrão de beleza europeu e de eterna juventude.

Eu acho que beleza abre as portas. Não cor, nem, é, etnia, mas beleza. Eu acho que assim, bom, eu não sou uma pessoa linda, mas também não sou feia, e eu observo que às vezes, por exemplo, nas relações inter-sexo, com os homens, tem uma gentileza extra pelo fato de ser mulher jovem bonita. [...] a gente tá submetido a um padrão estético, eu não sei se ele é externo, se ele faz algum sentido biológico, mas o padrão estético vigente atual é o padrão nórdico . Loiro, do olho azul, nariz fino [...] o padrão estético vigente é o cabelo liso, se é loiro, se é castanho, mas assim, o cabelo liso. A cor de pele uma cor mais bem definida. Pode ser negra, mas assim, aquele negro talvez com traço fino, o traço caucasoide. [...] É o padrão estético vigente e eu me incluo dentro de concordar com esse padrão estético é o padrão caucasoide, e eu vejo que as pessoas que têm um padrão estético que bate com o senso comum do que é bonito, as portas são muito mais facilmente abertas. (dra. Daniela – amarela)

Nessa fala fica clara a associação direta entre beleza e raça. A entrevistada inicia dizendo que beleza e raça não estão associadas, mas, em seguida, se contradiz a se avaliar como “não feia” e concordar que o traço caucasoide é o padrão estético que “abre portas”. Por que ela se considera “não feia” e não “bonita”? Segundo a informante-chave, que também é amarela, “os japoneses e também os descendentes de japoneses que vivem em São Paulo, em geral, acham bonitos japoneses(as) com pele bem clara, nariz fino e olhos grandes”.

Em outra situação de discriminação relatada por um entrevistado a raça novamente aparece como um mediador das relações entre médico e paciente. Um paciente, tentando expressar sua insatisfação, usa um marcador social de raça “japonês” como forma de agredir verbalmente o médico. Neste caso, embora o efeito que o paciente quisesse provocar não tivesse surtido efeito no médico entrevistado, fica clara a associação entre xingamento e raça. Mas, será que se a insatisfação fosse com um médico branco, ele usaria algum atributo ligado a raça para ofender o médico? Ou ainda, será que seria um ele teria feito a mesma associação raça *versus* xingamento?

[...] Situações em que o paciente, por um motivo que seja, não gostou da minha pessoa, da minha postura, é como se a pessoa tivesse me xingando ou me chamando de japonês, por exemplo, eu tenho muito orgulho de ser descendente de japonês, assim como acho que teria orgulho de ser negro, se assim o fosse, e ele estava me xingando mesmo, ele me chamou com menosprezo. Então se eu fosse levar isso a fundo, eu levaria pra, eu denunciaria pra polícia, porque isso foi realmente uma forma de racismo. Então as pessoas falam muito do racismo do negro, , a gente vê todos os dias aí que negro sofre preconceito, mas os próprios negros ou pessoas de outras etnias também tratam os asiáticos de uma forma pejorativa. Porém eu não tenho nenhuma, é, eu não me sinto de nenhuma forma diminuído por eu ser da etnia amarela (dr André, amarelo).

Por outro lado, embora ser chamado de “japonês” seja interpretado pelo entrevistado como pejorativo, esse apelido não trás nenhum prejuízo para o amarelo. Diferentemente dos apelidos atribuídos aos negros que carregam a marca da inferioridade e da desumanização. Na fala a seguir pode-se perceber um exemplo de discriminação positiva:

Ah, um fato bobo, mas na época que eu passei na Universidade de Brasília pra Medicina, eu fiz um cursinho de matemática, que o professor era japonês. E daí eles estavam em franca expansão esse cursinho, esse cursinho acabou virando uma escola grande em Brasília, tudo, e esse professor, o Fulano, ele me adorava, e ele queria que eu fizesse a propaganda, o folder da escola. Então ia ser eu fazendo a propaganda da escola que eles estavam criando. Só que aí a esposa dele, que tinha uma visão comercial, disse: “Fulano não pode! Porque senão vai ficar tudo muito japonês porque você é japonês, daí ela vai ser a garota propaganda, que é japonesa também”, aí não fui eu, foi uma menina do olho azul e tudo. Não que isso tenha me magoado, nada, mas foi uma coisa que foi levada minha aparência, entendeu? (Dra Daniela, amarela)

5.3.3. Estereótipos sociais atribuídos aos médicos orientais

Se os orientais sofreram algum tipo de discriminação, e essas discriminações estiveram associadas às estereótipos vigentes no imaginário dos brasileiros, quais estereótipos foram esses e como eles operaram no universo da saúde? Abaixo seguem descrições de alguns desses estereótipos. Foram vistos como mais inteligentes, estudiosos, mais fortes, sérios, unidos, talvez, por isso, mostraram preferência pelas mesmas áreas da medicina.

A gente costuma ouvir... Não sei se é um pouco de preconceito. Tinha um grupo de orientais que a gente chamava de “japonela”. Eles eram os mais inteligentes, os mais esforçados, os que estudavam mais, isso a gente sempre

escuta falar. [...] E no hospital se chega um paciente oriental, é um fator de gravidade até. O oriental costuma ser muito forte. Então, as vezes, ele pode estar com uma doença muito grave e a aparência dele não é de quem está sofrendo. A gente fala isso. (dr. Daniel, negro)

A tendência comumente observada de orientais se enturmarem com orientais foi vista mais como questão de costume do que maior disposição a se envolver com outros orientais pelo simples fato de serem orientais. Os orientais não são "naturalmente" inclinados a fazer amizades com orientais.

Somos sérios, vivemos sempre juntos, que realmente agregam, negócio de agregar junto e olha que eu nunca gostei muito de agregar sempre procurei me dar bem com todo mundo pra mim seria uma diferença. Mas no cursinho que era o CDF que estudava pra caramba e na faculdade você vê que é um pouco diferente, mas em geral eles falam que são as modalidades de japoneses: otorrino, oftalmo tem uma grande quantidade de orientais nessa área. Eu não sei porque, mas é uma preferência, eu não sei porque a gente prefere essas coisas assim, mas tem muito japonês na área de oftalmo, na área de otorrino também. É estranho, mas tem determinadas áreas também gineco tem bastante também (dr. João, amarelo)
[...] as coisas, fala muito, é muita expressiva. Japonês é totalmente contrário, tem que tomar muito cuidado, não confia nele não, as vezes tá com dor e tá te escondendo, aí a gente fica de olho, olha os exames, vai ter certeza que o quadro dele condiz com que ele não tenha dor. Então a gente não confia tanto neles (dra. Lia, branca)

Ainda se naturalizou a produção social da diferença, expressa pela cor da pele e origem étnica, também entre os orientais, que se presumiram “sentir menos dor”, e não “expressar menos dor”.

Ah eu já ouvi de um professor que os japoneses tinham um perímetro encefálico maior, os bebês, porque eles tinham mais massa encefálica eles eram mais inteligentes por isso, eu já escutei isso, infelizmente. É claro que isso não é comum, não é uma coisa que você vê todo dia, mas enfim, dá um choque. (Dra Bruna - branca)

Negros e latinos sentem menos dor do que os orientais?

Sentem menos dor ou tem a percepção? Talvez a percepção, ne?! Eu acho que sentir é nesse sentido da percepção. É, eu nunca li isso, mas isso é uma coisa que se fala bastante. Na verdade, não sei se na verdade talvez ele sinta igual, mas o oriental ele tem a facilidade de lidar melhor com isso. Eu acho que essa pergunta poderia ser melhor formulada. A percepção que o indivíduo tem da dor, porque o sentir é muito subjetivo, da maneira como está aí. Mas aí coloca pra mim concordo pouco (dr. Igor, branco).

Existe uma questão, assim, não sei se existe algum estudo que mostre isso, mas na prática o que a gente vê é que os orientais se queixam menos de dor, as gestantes orientais em trabalho de parto costumam chegar em trabalho de parto mais avançado do que as pacientes brancas, por exemplo. Não sei se é uma questão cultural, se é uma questão genética, mas, pelo menos, é uma coisa que a gente observa (dra. Bruna – branca).

[...] Oriental suporta dor muito mais [...] É, isso também tem estudo, eles... Não sei se eles fisicamente sentem menos ou eles falam pouco, mas pode, é, fazer, vai num pronto socorro, quanto tem um oriental, é porque realmente o negócio tá insuportável. A mulher oriental, quando assume que tá com dor, quando vai procurar um atendimento por dor, é, a gente imagina que seja um negócio insuportável, porque é cultural, quer dizer, eles não falam que tão com dor, eles não procuram atendimento, então quando eles assumem isso, é porque tá uma dor muito forte (dra. Cláudia – branca).

De toda forma, parece clara a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre o tema, capaz de dar voz também aos médicos orientais. Pois se as ações médicas se pautam em estereótipos sociais, elas certamente incorrerão em erros. O mesmo preconceito sobre a resistência a dor é “divulgada” sobre a população negra, no caso dos negros, isto significa menos cuidados ou tratamentos mais leves para minimizar a dor, inclusive no parto (Leal, 2005). Já para os orientais, o estereótipo funciona como um estímulo para se investigar mais e se atender de forma “prioritária”, isto é o que pode ser inferido se olharmos os discursos dos entrevistados. Como garantir que estereótipos na saúde não gerem tratamentos generalizados para todos os membros de grupos étnicos e se transforme em discriminação do acesso a atenção de qualidade?

5.4. Ser branco

“Homem branco, escute-me! A história, como quase ninguém parece saber, não é apenas algo a ser lido. E não se refere meramente, ou sequer principalmente, o passado. Ao contrário, a grande força da história provém do fato de a carregarmos dentro de nós, de sermos inconscientemente controlados por ela, de muitas maneiras, e a história está literalmente presente em tudo o que fazemos. Nem poderia ser de outro modo, já que é à história que devemos nossos quadros de referência, nossa identidade e nossas aspirações. E é com grande sofrimento e pavor, o indivíduo começa a avaliar a história que o colocou onde ele está e formou seu ponto de vista. Com grande sofrimento e pavor porque, com isso, ele entra em guerra com essa criação histórica, o Eu, e tenta recriar-se de acordo com um princípio mais humano e mais libertário; dá início à tentativa de atingir um nível de maturidade e liberdade pessoais que retire da história seu poder tirânico, e que também modifique a história” (James Baldwin, Revista Ebony, 1965).

Schucman (2012, p. 24) argumenta que o aspecto que define a identidade racial branca é a invisibilidade do branco como ser racializado. “A brancura, neste caso, era vista pelos próprios sujeitos brancos como algo natural e normal”. Schucman cita Edith Piza (2002) para definir essa identidade coletiva como “uma construção, em contraposição, em que os não brancos são aqueles que tem a visibilidade da raça. Assim, para a autora, a “branquitude só existia em relação aos outros grupos raciais”.

Os estudos e as conclusões de Bento (2002) sobre branquitude também ilustram como a racialidade, no caso a branca, conforma uma maneira de conceber o mundo e que os brancos, em muitos casos, só se pensam pertencendo a um grupo “de cor”, quando diante de alguém “de cor”.

Fora desta situação [grupo de cor], a cor é inexistente e essa percepção, ou não percepção de sua condição racial, interfere na reprodução das desigualdades raciais. (Bento, 2002).

Por meio das entrevistas realizadas com os médicos brancos, delineou-se uma série de características da branquitude também descritas pela autora:

(1) há o reconhecimento da existência do racismo e desigualdade racial no Brasil, porém, não se nota a discriminação vivida pelo negro cotidianamente;

Para mim, isso é cor da pele, sempre tive amigos de todas as raças, etnias, mas enfim, isso pra mim nunca fez muita diferença, mas eu acho que, pra algumas pessoas, que são negras, as vezes pode trazer alguma carga de... A pessoa espera que as outras pessoas vão tratar ela diferente [...] pra pessoa pode causar um certo transtorno em se definir como negra. (dra. Bruna, branca)

Eu gosto de pensar que eu atendo todo mundo igual independente de ser branco, ser negro, rico ou pobre, verde, azul, sei lá. Eu sempre trato as pessoas da mesma maneira (dr. Pablo - branco)

(2) há tendência para culpabilizar o negro pelas dificuldades vividas por ele;

Na RAIS de 2005, 88% dos médicos eram brancos e essa proporção permaneceu estável nos anos seguintes estudados. Qual você acha ser a razão para isso?

Não sei, talvez que o poder aquisitivo seja maior, estuda mais e entra na faculdade, não sei. Mas não é que um é mais inteligente e o outro mais burro, não tem nada a ver. Eu acho que um estuda, alguém teve mais oportunidade ou se dedicou mais a estudar, só entra na faculdade quem estuda, daí não importa se estudou em escola pública ou não, tem que sentar a bunda na cadeira e estudar, se estudar entra, se não estudar não entra (dra. Isabel – branca).

(3) o tema das relações raciais é constantemente silenciado; dessa forma, a cor da pele do branco é vivida como neutra e como a norma e, nas palavras da autora não se nota a “parte negra do negro”, isto porque reconhecer o sujeito negro, como negro, significa identificá-lo como sujeito discriminado e remeter-se a si próprio como branco e cúmplice ou beneficiário de uma situação moralmente condenável;

É difícil de pensar em caso específico assim, mas em relação a gestantes o que é comum assim a gente perceber no pronto socorro são pacientes que fazem pré natal, por exemplo, no posto e elas não tem um seguimento muito adequado, então as vezes tem médico, as vezes não tem, as vezes elas são atendidas pela enfermagem [...] quem?

chegam algumas pacientes com alguma queixa e isso já foi registrado no cartão e nada foi feito e por conta disso ela pode ter um quadro grave, então ela pode chegar, por exemplo, em eclampsia, convulsão devido a hipertensão na gestação. Então isso acontece, infelizmente, eu não me lembro de um único caso porque as vezes você não dá tanto valor, porque é tão comum que você, você vê isso com tanta frequência que não tem um caso específico que isso aconteça. quem?

Você sabe me dizer se existe uma característica em comum entre essas mulheres?

Eu acho que talvez a classe social, porque elas fazem parte da mesma região, procuram atendimento no mesmo lugar [...] Infelizmente eu acho que as coisas que andam um pouco juntas, eu acho que a população negra tem uma maior... é mais frequente... enfim, eles... não digo que a... é... talvez dentre, na baixa... Ai meu Deus, eu to engasgando. (Dra Bruna - branca)

Ah, acontece, não sei explicar. Eu não sou preconceituosa, eu acho que todo mundo é igual, eu acho ridículo isso, mas tem um cara que trabalha comigo ele é meio chucrão, meio ignorante, ele trata todo mundo mal. Eu acho que ele tem um pouco do preconceito, ele fala mal de gay, fala mal de gente de cor, para mim é preconceito. (Dra Isabel - branca)

(4) o silêncio e a omissão acabam por manter a desigualdade racial, porque falar pode “prejudicar”.

Isso é uma coisa que tende a ir diminuindo ao longo dos anos, mas não é uma coisa que você vai mudar colocando regras fazendo punições porque isso vai acabar fazendo as pessoas se sentirem mais perseguidas, eu acho que isso é uma coisa educacional mesmo, que você tem que trabalhar na educação das crianças em como elas abordam isso desde pequena pra quando chegar mais pra frente você não ver mais isso. Porque se você começar a falar: “Ah se a pessoa falar tal coisa, ela vai receber uma punição, aí vai virar esse negócio do azeite³², as pessoas vão começar a procurar problema em tudo, vão começar a achar que tão sendo prejudicadas por causa disso e acho que isso vai acabar fazendo mais perseguição do que ajudando (Dra. Bruna – branca).

Vale destacar que o preconceito não mudaria necessariamente, pois a literatura nos mostra que o preconceito é resistente à educação. O silêncio capturado neste trabalho, a omissão, a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil tem um forte componente narcísico (Bento, 2002, p 30).

5.4.1. Características

³² Propaganda da Gallo que associa negros à seguranças (ver nota de rodapé - 29).

De todo modo, pertencimento racial foi mobilizado nos entrevistados brancos quando entrevistados foram questionadas sobre o que era ser branco ou o que tornava uma pessoa branca? Ao responder, percebe-se que a entrevistada foi se dando conta de uma realidade da qual ela participa.

Segundo a “Relação Anual das Informações Sociais, a RAIS”, em 2005, 88% dos médicos e médicas eram brancos, e essa proporção permaneceu estável nos últimos. Qual a razão para isso?

Eu acho... bom eu acho... que acho que a gente, na verdade historicamente os negros foram muito prejudicados. Eles tiveram uma desvantagem social muito grande por conta da escravidão. Então isso gerou uma desigualdade social muito grande, que ainda não está resolvida. Então a gente sabe que assim, eu não tenho noção do ponto de vista estatístico, mas deve ter essa estatística, vocês devem ter olhado isso. Mas assim, dentro da população carente do país, eu acredito que grande parte seja negro ou miscigenado. Então eu acho que desse... a razão pela qual ainda prevaleça o branco é porque a raça ainda não teve, não teve tempo ainda de se... de correr atrás desse prejuízo que eles tiveram. Não acho que as oportunidades sejam iguais pra toda população.

E qual seria o papel do branco nesse quadro que você me traz de desigualdade?

Naquele tempo porque foi a população de Europa branca que explorou, assim, então não tem como não culpar, não tem como, a raça branca. Portugal, Espanha, enfim.

Respondendo a essa colocação da entrevistada, Schucman diria que “uma das contribuições que um branco pode fazer pela e para a luta antiracista é denunciar os privilégios simbólicos e materiais que estão postos nesta identidade” (2012, p. 13).

Ao tratar das desigualdades raciais, apesar da participante reconhecer a desigualdade, não via diretamente sua participação e responsabilidade, falava de algo distante, ou do contexto que deveria ser de igualdade.

Atualmente? Eu acho que atualmente na verdade, ai não dá pra falar em cor, . Acho que agora você não tem como falar que o branco... assim, não tem como, porque você tem que partir do pressuposto de que as pessoas estejam equiparadas, então assim, não dá pra você dizer que o setor governamental, você entende o que eu estou falando? Que tenha só branco, pelo amor de Deus, se tiver, tem alguma coisa errada. Então, espero que assim, do ponto de vista político, e realmente social, que as coisas sejam mais equânimes assim ao longo do tempo (dra. Lia, branca).

Observa-se que a entrevistada lida com as desigualdades sem muita reflexão, com dificuldade de conectar as desigualdades aos atos de discriminação. Quando perguntada sobre sua cor o que leva as pessoas a se definirem como branca, por exemplo, a pergunta parecia sem sentido por ser óbvia, sem conseguir conectar a

significação daquilo que é representado. Ela respondeu: “não sei, sou de um tom de pele muito claro e tenho olhos claros, não fico pensando nisso.” Branco não é cor!”, como esse trecho da entrevista com a doutora Bruna indica:

O que leva as pessoas se definirem como branca?

Na verdade a falta de miscigenação com outras cores, ! Na minha família, no meu histórico familiar... eu até poderia ser parda deste aspecto, ! A cor mesmo da pele

[...] Você tinha falado alguma coisa de miscigenação...

Mas foi por isso que eu mudei... Na minha família tem árabes que são mais escuros de pele. Então, teoricamente por esse conceito de miscigenação eu deveria dizer que eu sou parda. Mas eu me defini como branca. Então se eu me defini como branca, eu estou considerando na cor da pele e não a miscigenação. Não sei se eu me fiz clara. (dra. Bruna, branca)

Quando que foi a primeira vez que você se percebeu como branca?

Difícil essa pergunta. Nunca fiquei pensando sobre isso. Ai, nunca pensei, . Não sei. [...] Não, nunca. Nunca fiquei pensando sobre isso. Ai não, ainda bem, . Mais uma coisa pra ficar criando duvidas na cabeça, . Tá bom já. Hahaha.

E como que você se sente sendo branca?

Normal, ué. Não sei. Igual, igual a qualquer pessoa.

E você alguma vez se sentiu prejudicada por causa da sua cor?

Hum... não, acho que não.

E alguma vez você já se sentiu beneficiada por causa da sua cor?

Também acho que não. Estou pensando se alguma vez eu já fui prejudicada. Porque se você for em um lugar em que todos os outros são de outra cor, então eventualmente você pode ser discriminado, . Mas... não...

Você acha que se tivesse outra cor/raça poderia ser beneficiada ou prejudicada?

Nos dias atuais não.

Eu me considero como branca, enfim, porque eu sou branca, transparente, mas se você for ver, dentro da minha família, meu avô era mulato médio mais ou menos então eu não sou de uma família descendente totalmente de europeus, tem uma mistura muito grande. Então pra mim isso acaba não influenciando muito, porque não vejo muito sentido, acho que pra mim é basicamente cor da pele mesmo. (Dra. Bruna - branca)

Nessas passagens evidenciou-se a neutralidade e “transparência” racial, que correspondem à marca mais evidente da construção de uma identidade branca. Fica clara uma das facetas daquilo que Frankenberg (1993) define na identidade branca: um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê os outros e a si mesmo. Se ele é “igual”, as outras pessoas também são “iguais”, mas “igual” a quem?

A constituição da alteridade é o reconhecimento é o reconhecimento de um outro, a partir de um nós. Exige processos cognitivos de comparação, classificação, constituição de semelhanças e de diferenciação, além da

reciprocidade – eu sou outro para ele; ele é o outro para mim. (Frankenerg, 1993)

Porém, nos depoimentos da entrevistada, esses processos só se evidenciam ao ser questionada sobre seu papel. Enquanto não se evidencia o lugar de que se fala, não é possível nomear o seu lugar. A não percepção de si é condição para a não percepção do outro (seja ele branco, negro ou oriental) e as manifestações de racismo institucionais não são valorizadas por outra entrevistada:

Se você fosse negra, acha que não seria prejudicada ou beneficiada?

Não, acho que não. Nos dias atuais acho que não, mas apesar que ainda a gente sabe que tem muito preconceito, . Pessoas sofrem muito preconceito. Talvez as coisas sejam realmente mais difíceis pra quem é negro. Tem pessoas negras que falam, que sofrem preconceito, . Eventualmente sim, acho que sim. Acho que poderia me sentir, porque se você é discriminado, isso é um prejuízo. . Um prejuízo moral, um crime moral, então, acho que sim, acho que sim. (Dra. Lia, branca)

E o que você acha que leva uma pessoa a se definir como branca, na sociedade?

Ah... Acho que... Sei lá, deveria ser apenas o tom de pele, , mas acho que muitas vezes tem uma carga social que às vezes a pessoa, é, independente da cor, leva a se definir por um ou outro padrão de raça.

Entendi, conforme aspectos culturais?

Culturais, acho que influencia também.

5.4.2. Ser branco é não ser negro

A identidade se constrói na relação com o outro. Por isso perguntamos sobre a cor de cada um e sua identidade racial. Para se afirmar como brancos, não era necessário se definir ou produzir características sobre sua identidade, que seria “mais uma coisa para pensar”. Para outros, bastava dizer que era NÃO ser o outro. É interessante observar que o outro não é qualquer outro na diversidade racial brasileira. O contraponto é o negro:

Qual foi a primeira vez que você se percebeu como branco?

Uma vez quando fui na casa da minha vó, dessa minha bisavó, eu me lembro que eu entrei e ele [um amigo que estava com o entrevistado] ficou na porta esperando e ela reagiu muito mal, tipo: “quem é esse garoto esperando aí na frente? Que que é isso aí?”. Eu não me lembro muito bem o que foi que eu respondi, mas eu me lembro dessa imagem, essa cena. Talvez seja uma das primeiras vezes que eu pensei porque será que ela teve essa reação, será que é porque ele é negro. (Dr. Igor, branco)

5.4.3. Reconhecimento dos privilégios

Assim, a reflexão de Schucman (2012, p. 26), em seu trabalho sobre a branquitude paulistana se confirmou em várias narrativas dos médicos entrevistados. A autora concluiu que a branquitude é entendida com um lugar social e os sujeitos que ocupam este lugar acumulam sistematicamente privilégios materiais e simbólicos.

Beneficiado... talvez eu não tenha sido, eu nunca tenha sentido um benefício, mas eu talvez não tenha tido um malefício por ser branco. Do tipo, passar por escoltas policiais sem nenhum problema, do tipo frequentar qualquer tipo de restaurante de alto padrão, sem ser olhado diferente ou questionarem meu diagnóstico no consultório. Ao passo que eu já vi isso acontecer com pessoas negras. (Dr. Igor, branco)

Esses privilégios também se expressam como proteção de direitos básicos:

[...] acho que é o acesso a uma porção de outras coisas [...] Que a gente pode chamar de “privilégios”, mas que na verdade seriam direitos sociais básicos, vamos dizer assim. Mas eu acho que, quer dizer, o indivíduo não ser formado, de ter uma baixa proporção de médicos negros, eu acho que é uma consequência natural do que é uma sociedade em que o acesso à condição educacional de maior qualidade é basicamente branco. Ou é prioritariamente branco. Quer dizer, como é que o indivíduo acessa a escola médica hoje? Precisa passar no vestibular. E como é que ele passar no vestibular? Precisa de conhecimento. E como é que ele acessa o conhecimento? Se ele frequentou uma boa escola. Enfim, é uma série de questões. O sintoma é esse que você descreveu, mas não é... eu acho que talvez, algumas situações de discriminação racial, que eu já tenha observado, mas pelo contrário (dr. Igor, branco)

A branquitude apareceu, aqui também, como “um lugar de privilégio, de poder, construído historicamente” (Bento, 2002, p. 162) e poder este exercido no seu cotidiano por meio de pequenas técnicas, procedimentos, fenômenos e mecanismos que constituem efeitos específicos e locais de desigualdades raciais (Schucman, 2012).

Eu acho que aqui no Brasil o indivíduo não olha só pra sua cor de pele e tenta transpor isso daí, eu acho que ele acaba trazendo questões culturais, traduzindo na sua opinião, desejos muitas vezes, de estar mais próximo do que significa ser branco, por causa das condições sociais todas que vem associadas à condição de branco. (Dr. Igor, branco)

A grande maioria das coisas que eu fiz ate hoje era, ou era prova concurso, então isso não influenciou em nada pra mim , mas eu acho que para algumas pessoas isso pode fazer diferença sim dependendo de quem ta avaliando , se a pessoa tem uma tendência a escolher de acordo com a raça eu acho que isso pode prejudicar sim. (Dra Bruna, branca)

A “aparência” critério relevante para entrada no mercado de trabalho, também tem cor e consegue-se falar das vantagens do “branqueamento”.

A aparência profissional é importante, o que ele tá trajando, o sorriso que o profissional apresenta ao receber o indivíduo, a identificação do profissional. (Dr. Igor, branco)

Por vezes, uma experiência sinaliza apenas a diferença que faz compreender a experiência possível de discriminação;

É, nunca tinha tido a consciência tão grande até ser minoria. Ano passado eu entrei num, é, num metrô, fui nos Estados Unidos, no sul dos Estados Unidos, e daí você entra no metrô e você é a minoria. Chamava totalmente a atenção porque eu era a pessoa diferente, e daí acho que nesse momento que você nota como, é, mesmo que não tenha nenhum tipo de hostilidade, desperta curiosidade. (Dra Cláudia, branca)

Negros identificam na sociedade lugares reservados para eles, já os brancos não pensam sobre isso, a não ser que a situação se inverta e se possa pressentir a hostilidade, pois todos os lugares podem ser lugares de brancos, o inverso nem sempre é verdadeiro.

Mas você se sentiu mal nessa situação?

É uma situação, é, esquisita, você... Se sente observado, é... Não teve realmente nenhuma hostilidade, você... [...] Acho que não teve hostilidade, acho que foi, acho que, dimensão do que é, realmente, a diferença, mas acho que prejudicada, não. (Dra Cláudia, branca)

5.4.4. Percepção sobre a discriminação

Ao serem estimulados a observar na sociedade elementos de “desvantagem” do outro que não estava na condição de Branco/norma/natural/igual, a ideia era observar se os entrevistados conseguiam se colocar naquele lugar e se conseguiam avaliar a discriminação existente. Não “gravam direito” cenas de discriminação, acham que não existe...

E você acha que poderia ser prejudicada ou beneficiada se fosse de outra cor, se não fosse branca?

Acho que não, acho que no, meio que a gente, assim, que a gente circula, acho que não. (Dra Cláudia – branca)

Você acha que teria alguma diferença se você fosse negro?

Talvez, não sei, eu estava entrando com avental bem vestido. Então ela olhou e achou que era um médico da equipe. (Dr. Pablo)

[...] Acho que as vezes, mesmo sem perceber, a gente, por uma questão cultural, a gente acaba fazendo algumas coisas meio sem perceber mesmo. [...] Então eu acho que isso existe sim e é uma coisa mais subconsciente, precisa ser trabalhada. (dra Daniela, amarela)

Você já presenciou alguma cena de discriminação?

Nossa, não me recordo [...] é que as vezes as coisas são comuns e a gente deixa passar, então a gente não grava direito assim, então não sei te dizer agora um exemplo. Realmente não me recordo. (Dra. Bruna - branca)

5.4.5. Relação médico-paciente

Os entrevistadores eram treinados para explorar algumas das falas dos médicos que pudessem ilustrar a compreensão ou falta de compreensão da influência das relações raciais no momento da consulta ou atendimento, buscando observar a relação médico paciente para além da técnica. Para os brancos entrevistados, foi possível observar as seguintes respostas a este tópico. A doutora Bruna aceita o resultado das pesquisas:

Mulheres negras peregrinam mais em busca de local par ao parto, têm pior pré-natal e proporções maiores delas não recebem anestesia.

Isso tem estudo, concordo.

Mas você tinha explicado que é mais pela variante social do que racial.

Acho que sim, mas isso realmente tem dados que mostram isso. (Dra Bruna, branca)

Mas, na interpretação, volta à resposta tecnicista, negando os dados, e eventualmente, suas percepções.

Médicos atendem de formas diferentes brancos e negros.

Sim, devido às características da doença, não porque o cara é branco ou negro... Você vai pesquisar coisas ou vai pensar causas pro sintoma que são um pouco diferentes. (Dra. Cláudia – branca)

De um cuidado ruim... É difícil de pensar em caso específico assim, mas em relação a gestantes o que é comum assim a gente perceber no pronto socorro são pacientes que fazem pré natal, por exemplo, no posto e elas não tem um segmento muito adequado, então as vezes tem médico, as vezes não tem, as vezes elas são atendidas pela enfermagem [...]

Você sabe me dizer se existe uma característica em comum entre essas mulheres?

Eu acho que talvez a classe social, porque elas fazem parte da mesma região, procuram atendimento no mesmo lugar [...] Infelizmente eu acho que as coisas que andam um pouco juntas, eu acho que a população negra tem uma maior... é mais freqüente... enfim, eles... não digo que a... é... talvez dentre, na baixa... Ai meu Deus, eu to engasgando. (Dra Bruna - branca)

A reflexão feita no momento de ter que responder as essas perguntas engasga!

Sobre a raça do médico na interação com os pacientes, como observado anteriormente, a raça aparece na interação quando não são brancos, como comentam as doutoras Tatiana e Bruna.

Acho que tem aqueles que tem dificuldade para se relacionar com os iguais. Então até questionam e talvez tenham aqueles que até nem gostem e tem aqueles negros que eles mesmos não gostam de interagir com negros. Então pode ser isso mas a maioria é tão bonito, é tão legal, você percebe que fica feliz, desde o senhor que a gente chega aqui e estão varrendo a rua. . (Dra Tatiana, negra)

Você acha que a sua cor interfere no atendimento, na relação médico paciente? Como ela pode interferir?

Acho que pode interferir talvez se a paciente tiver algum problema em ser atendida por alguém de raça diferente, então, as vezes, como eu falei dos orientais, as vezes alguns tem uma certa dificuldade porque eles se sentem mais a vontade ou em falar a mesma língua ou então em ser atendidos por orientais. Mas eu acho que é só se a paciente tiver alguma questão relacionada a isso porque senão não tem diferença não.

Isso já aconteceu?

Olha, não por eu ser branca, mas uma paciente, eu não me lembro agora se era libanesa, ela não queria ser atendida por homem de forma alguma, então teve que desloca atendimento porque ela queria ser atendida por mulher mas não por ser uma mulher branca podia ser só uma mulher. (Dra. Bruna - branca)

Não, para mim nunca fez diferença se é branco, preto, para mim é tudo igual. [...] Tem algumas doenças que acometem mais a raça branca, outras acometem mais a raça negra, hipertensão é mais difícil de encontrar no negro do que no branco, isso é sabido e isso a gente aprende.

O que vocês aprendem assim?

Que hipertensão é mais difícil de ser controlada, eles respondem pior a medicação do que no branco. Então eles tem que ter um controle mais eficaz, eles tem que ir mais no médico, eles tem que tomar o remédio mais certinho. Faz diferença na vida deles e não na nossa. Isso para várias doenças, pressão alta é uma que eu lembro agora. (Dra Isabel – branca)

5.4.6. Estereótipos sociais sobre os brancos

Um elemento essencial neste estudo era fazer com que os grupos refletissem sobre o outro. E os amarelos/orientais e os negros foram questionados sobre o que é ser branco no Brasil. Abaixo segue algumas das falas ou dificuldades em pensar sobre esta situação. Isto, como já foi dito anteriormente, é a leitura da sociedade sobre o que a norma ou normal, ou padrão, o lugar daquele que não precisa ser definido.

O legado da escravidão para o branco é um assunto que não só os nossos entrevistados evitam, mas o país não quer discutir. Há benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. Não reconhecer-se como partícipe dessa história é não assumir um legado que acentua o lugar de privilégio que o grupo branco desfruta na atualidade (Bento, 2002, p. 27).

Cultura de branco é como?

A cultura de branco é mais a família assim na questão cultural na verdade, assim tem heranças alimentares, a alimentação é diferente, o negro também tem uma alimentação diferente depende da região na verdade. Os de São Paulo comem praticamente igual a todo mundo aqui, aí chega o pessoal que vem da Bahia, por exemplo, já trazem aquelas comidas diferentes, muito mais regional do que étnico. E o branco também depende muito da região aonde ele veio. Também come quase tudo e qualquer coisa que tem aqui não muda muita coisa, mas na cultura eu não vejo tanto assim na verdade é como se fosse a cultura padrão na verdade então não tem nada de diferente assim.

Como assim a cultura padrão?

Porque a cultura padrão que a gente tem no mundo é praticamente do branco. Eu acho que isso desde a descoberta do europeu para cá não do índio para cá. Muita coisa que eu acho assim na verdade não é normal comer coisas que vem de fora a pessoa chega trazer da Europa por causa da colonização também. A comida normal é comer macarrão... Antigamente o sashimi era uma coisa abominável aqui no mundo, você tinha vergonha e o que era comida normal? Era macarrão, era comer uma pizza, era o arroz e feijão, era comer um bife então isso eu percebia. Eu percebi que o oriental na verdade é uma cultura um pouco diferente que no fim acabou sendo interpretada aos poucos, mas sem preconceito porque tem muita coisa diferente até o jeito da pessoa oriental é diferente. (Dr. João, amarelo)

Engraçado que falar do branco é difícil. Eu não vejo nada específico do branco. Não sei falar viu... Acho que eu nunca parei para pensar. (Dr. João, amarelo)

Indo na mesma lógica da questão anterior, buscamos fazer com que os entrevistados reflitam sobre os estereótipos que recaem sobre os brancos.

Nunca ouvi comentários específicos sobre brancos. Acho que assim como eu, acho que várias pessoas... Nunca ouvi comentários a respeito de brancos. (Dr. André, amarelo)

E qual a coisa mais comum que você ouve sobre brancos?

Não sei... Não sei se ouvi muita coisa... Sobre brancos, não sei se ouvi muita coisa não... Porque a maioria é branca. Então que eu ouvi da maioria, eu não sei. Aí acho que é um grupo muito heterogêneo, porque sei lá, tem pessoas ótimas, tem pessoas boas, tem pessoas que não são boas. Assim como tem no grupo de orientais lógico, mas talvez como é um grupo mais reduzido talvez fique mais homogêneo. Agora um grupo de brancos, não sei te responder essa pergunta. (Dr. Reinaldo, amarelo)

Na escola falavam que você era mais inteligente porque, ou algo assim?

Não... Já, de formas positivas e negativas, acho que como todo mundo. Mas tem sempre, quando você tá fazendo qualquer coisa tem um oriental

estudando. Cê já deve ter ouvido isso também ? Então, mas tem, sempre tem. O que eu acho difícil pro branco, branco não tem isso, porque como é maioria, é difícil você ouvir , você já ouviu piadinha assim, não piadinha, mas comentários? De brancos? Então, não tem. (Dr Reinaldo, amarelo)

Por que será que a gente não ouve falar nada sobre brancos? Não é só você. Sobre orientais e sobre negros a gente ouve muita coisa. Por que a gente não escuta falar sobre brancos?

Acho porque são a maioria, não é uma coisa que difere do ambiente, uma coisa que as pessoas vêem como diferentes. Então, é uma coisa que as pessoas querem se assemelhar. Elas não vão contar nem elogios e nem defeitos, diferente do negro e dos orientais. Eu acho que é por causa disso, a gente está tão acostumado a ver as pessoas... As pessoas brancas se identificam mais como brancas, a população acaba se identificando mais como branco. Então, é uma coisa de falar do seu comum. A gente não costuma falar muito do nosso semelhante. Daquilo que é mais comum.

A gente fala do que é diferente.

Eles se denominam como brancos ou é uma denominação racial mais de negros e orientais? Você ouve brancos falarem “eu sou da raça branca”. [...]

O branco não costuma falar muito “sou branco”, não é questionado com relação a isso. (Dr. Daniel, negro)

Observa-se que ela também não queria se comprometer ou não queria comprometer a instituição, então não foi possível aprofundar algumas respostas que permeavam o racismo institucional e naturalizava práticas de discriminação.

Difícil esse questionário, então eu me senti um pouco... é... por estar sendo gravado, assim, você não tem muito tempo pra ficar pensando, elocubrando grandes respostas, , então eu pensei, eu me esforcei pra ser, pra colaborar o máximo possível pra pesquisa de vocês. (...) E eu espero que tenha contribuído e também que eu não tenha falado nenhuma besteira, então é isso, basicamente é isso (Dra. Lia, branca).

Para finalizar, a focalização na branquitude não tem por princípio traçar o perfil de um grupo populacional, mas entender como esse grupo populacional, que mantém privilégios, se relaciona com outros grupos raciais. “O estudo da branquitude pode esclarecer as formas mais cordiais, menos explícitas do racismo brasileiro, as maneiras de suavizar os contornos de categorias raciais enquanto se mantém as portas fechadas para os afrodescendentes” (Sovik, 2004, p, 384).

RESULTADO III

6. Formação médica e determinantes sociais: “a medicina vai bem, os médicos nem tanto”³³

“O médico do futuro deverá reconhecer a ‘homo systemus’ em sua relação com o meio em que vive e perceberá que não faz sentido descrever um sistema nervoso, hormonal e imunitário se não for capaz de integrar as relações que os organizam entre si e com o meio circundante. Saberá, também, esse novo profissional que o ‘homo systemus’ vê suas fronteiras passarem por jogos de territórios, por interações múltiplas com outros homus systemus, por acontecimentos, escolhas, atos (...) Tanto a sua saúde como a sua doença serão totalmente ininteligíveis, na ausência de integração de tudo isso.” (Gaillard, 1995)

Para dar conta dos desafios anunciados nos dois capítulos anteriores e de tantos outros da relação médico-paciente, houve a inclusão de uma vertente humanística na formação médica, uma questão presente na atualidade e respaldada legalmente na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, do Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Essa resolução contém as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina.

A análise e conclusões das entrevistas realizadas por Schraiber (1993) com médicos com longa prática clínica na década de 90 confirmam-se nesta pesquisa: há uma forte incorporação da tecnologia no exercício da profissão, mas sem perder a propriedade do saber e do fazer com a consolidação do modelo capitalista. As mudanças da prática dos médicos, da estrutura do cuidado, da organização dos serviços e do mercado de trabalho, operam uma mudança relativa à identidade profissional dos médicos (Schraiber, 2008) e a dimensão psicossocial do cuidado pode sair de cena como se vê na fala abaixo:

Hoje temos que atender 60 pacientes em três (3) horas. Fica muito difícil conseguir construir uma relação com um paciente à medida que hoje serei eu quem o atenderá, mas amanhã, não sei... (Dr. Diego, negro).

Também se observou, na narrativa dos entrevistados, uma espécie de ruptura entre conhecimentos e recursos tecnológicos de um lado, e os profissionais e seu modo de agir, do outro. Como discute a autora, os médicos “se tornaram meros aplicadores dos conhecimentos, preferencialmente seguindo rotinas de procedimentos constantes,

³³ Comentário em aula de Lília Blima Schraiber

sem grandes interferências pessoais, para aprimorar a uniformidade de suas intervenções” (Schraiber, 2008).

A gente é muito treinado na questão do conhecimento técnico biológico. Agora, como superar todas as barreiras anteriores até chegar na necessidade de utilização desse conhecimento, essa não é uma prática lecionada, não é uma prática ensinada e cultivada, como se essa questão fosse muito menos importante que o conhecimento biológico. (Dr. Igor, branco)

Schraiber destaca que nesta concepção a qualidade do cuidado estaria garantida pela presença dos recursos tecnológicos colocando o médico como secundário no processo do cuidado. Esse problema é resultado da despersonalização do cuidado e da impessoalidade da prática. O olhar segmentado para a própria prática expressa a formação que tiveram. O trecho abaixo traz o modo como os temas médico-sociais são descritos por um dos médicos, o que pode ser generalizado para os demais, sendo este grupo de entrevistados aqueles que atualmente são responsáveis pela formação de novos médicos.

Temas sociais importantes... [...] Minha época foi a última turma que não teve nenhum contato com isso.. Agora, ainda que, não existisse, eu acho que algumas matérias, eles te trazem de frente com problemas sociais importantes, por exemplo, epidemiologia, medicina preventiva.[...] Agora, do ponto de vista assistencial, se você tem aulas de psiquiatria, por exemplo, sai todos os dias no jornal como um problema social importante, como lidar com o indivíduo com transtorno mental leve ou com algum tipo de transtorno mental grave, isso é um problema social. Quando vamos à cracolândia, a gente não sabe como lidar com essas pessoas, não sabemos se internação é o melhor caminho. Discute-se a política da reclusão desse indivíduo, se é a melhor maneira de lidar com esse problema, é questão social hoje, é discussão política hoje. A política de des-hospitalização, foi um movimento desde a década de 80 e que tem até hoje críticas sobre o movimento e pessoas que apóiam o movimento, mas que foi uma escolha política. A gente discute isso até hoje e eu considero essas questões como questões sociais. (Dr Igor - branco).

Em tese, todas as disciplinas da faculdade de medicina deveriam dedicar uma parte de sua carga horária para os temas humanísticos. Primeiro porque as disciplinas da área de humanidades médicas só consegue dar conta de parte da tarefa de formar os alunos. Em segundo lugar porque a relação médico-paciente demanda dos alunos uma preparação para o encontro clínico; e “em todas ocorre o ensino-aprendizagem pela apreensão de modelos ativos nas relações interpessoais, de forma consciente e planejada ou totalmente alienada”, como discute Rios (2010, p. 6). Ao serem questionados sobre

as aulas que abordavam os temas sociais, os entrevistados não relutaram em mostrar os desapontamentos e ineficácia dessas aulas.

Antes tinha umas aulas frustrantes, umas três ou quatro, no primeiro ano de faculdade. Chamavam bases humanísticas. Que tinham alguns conceitos de abordagem de paciente, alguns conceitos de ética. Muito criticada porque era no primeiro ano, gente não tinha noção nem de andar direito. (...) Era criticado porque não sabíamos nada, não tinha nenhum envolvimento com o paciente ainda (...) Curso certo na época errado. (Dr Gabriel - branco).

No começo do primeiro semestre que tem bases humanísticas, daí eram discussões mais... eram discussões às vezes nem sempre muito bem conduzidas, mas a gente tinha vários temas pra discussão, acho que levantava bastante interesse. (...) Tinha... Tinha temas de relação médico-paciente, de, é... inserção aí, na sociedade, do papel na sociedade, alguns dados de História, mas não me vem nada. (Dra. Mara - branca).

As falas ilustram as dificuldades de se conectar com os temas sociais. Por outro lado, a falta do envolvimento direto com o paciente, não justificaria a falta de interesse pelos temas. Será que o desinteresse seria porque as disciplinas são no primeiro ano ou porque são disciplinas de humanidades que destoam da dinâmica das outras disciplinas biológicas? As aulas de anatomia no primeiro ano, mesmo sem a prática, também são desinteressantes para os alunos?

A qualidade das aulas podem ser um fator determinante para o registro ou não do conteúdo. Mas, o que define a qualidade das aulas? Um bom professor como alguns destacaram? Ou um conteúdo menos denso, apresentado por outros entrevistados? Outro fator a ser considerado é que quanto mais próximo do momento da residência, menos tempo os estudantes têm. Não há nada que comprove que se esse curso fosse dado mais perto da residência despertaria mais interesse.

Se por um lado, pouco se aprende sobre os determinantes sociais durante a faculdade, por outro, intuitivamente os médicos reconhecem a relação entre os determinantes sociais e os agravos em saúde. Quando perguntados sobre essa relação é possível observar que a maior parte dos entrevistados relaciona determinantes sociais e risco ao adoecimento como constata abaixo o quadro com as respostas às entrevistas analisadas:

Tabela 3.

Correlação entre determinantes sociais e agravos em saúde

	Relação alta	Relação baixa	Não existe relação
Local de moradia	20 / 80%	3 / 12%	2 / 8%
Nacionalidade da pessoa	5 / 20%	14 / 56%	6 / 24%
Orientação sexual da pessoa	8 / 32%	14 / 56%	3 / 12%
Sexo da pessoa	15 / 60%	5 / 20%	3 / 12%
Pertencimento racial	9 / 36%	12 / 48%	4 / 16%
Religião	7 / 28%	13 / 52%	5 / 20%
Classe social da pessoa	16 / 64%	7 / 28%	2 / 8%

Como anteriormente mencionado, embora estatisticamente os números não expressem a compreensão sobre determinantes sociais do universo de médicos preceptores de São Paulo, vale destacar algumas informações indicadas na *tabela 3*:

- 80% dos entrevistados apontou local de moradia como tendo alta relação com adoecimento, enquanto que apenas 64% dos entrevistados mencionou classe social como tendo alta relação com agravos em saúde. Se os dois determinantes sociais andam juntos, por que as respostas variaram tanto?
- Muitos entrevistados declararam que sexo da pessoa tem alta relação com agravos em saúde. Isso mostra que os estudos de gênero disseminados pelo movimento feminista podem estar influenciando a ampliação dos conceitos sobre o tema na sociedade. Embora ainda muito relacionado comente a concepção biológica, gênero é percebido pelos médicos como um determinante importante para entender os agravos em saúde;
- O mesmo não acontece com pertencimento racial, onde os médicos encontraram mais dificuldade fazer a associação destes fatores com o adoecimento.

Estimulados a refletir sobre os determinantes sociais, os entrevistados conhecem e mostram “intuitivamente” a relação entre determinantes sociais e agravos em saúde. Mas quando solicitados a justificar as respostas baseado em pesquisas científicas os entrevistados, em muitos casos, não conseguem apresentar “evidências”:

Conseguiria justificar, dentro do meu ponto de vista, cada uma das minhas respostas. Mas se tem pesquisa a respeito [dos determinantes sociais] ou não, não vou saber te dizer. Eu imagino que sim (Dr. Igor, branco).

Olha, eu vou ser sincera, eu imagino que tenha até bastante, mas eu acho que infelizmente a formação médica e as publicações médicas não dão relevância suficiente para isso. Elas são realizadas, mas eu acho que elas ficam muito restritas ao meio da psicologia, ao meio até da área psiquiátrica e o médico comum que é o clínico, que atende, que não está relacionado a esse meio de interesse chega pouco. (Dra Lia, branca).

6.1. Ensino sobre os determinantes sociais

Por que limitar-se a transmitir conhecimentos se os estudantes dispõem para isto, além da imprensa escrita, inventada há mais de 500 anos, outros meios de acesso às informações? Por que não privilegiar discussões em torno de temáticas levantadas junto aos alunos? Por que não prestigiar a aquisição de mentes criativas e inquiridoras, através de debates, de resoluções de problemas extraídos da própria realidade sócio cultural?”
(Balzan NC, 1999, p. 178)

Como anteriormente apresentado, a formação humanística é parte da formação médica e os determinantes sociais, os fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS), parte fundamental da formação humanística. Como visto, o espectro abordado no questionário foi desde religião, classe social, orientação sexual até gênero e raça. Mas afinal de contas, o que está inerente ao ensino de determinantes sociais na escola de medicina?

(..) [determinantes sociais] aparecem na prática médicas (ginecológicas, pediátricas, clínicas, de saúde pública etc.) como situações complexas, nas quais só é possível separar as bases biológicas de seu caráter de construções sociais através da abstração. Na realidade, são também o resultado do papel que desempenham as normas, valores, relações sociais, papéis e outros componentes fáticos e simbólicos na tomada de decisões; nas formas com que os pacientes experimentam as vivências das diferentes facetas da prática ambulatorial; e, em certa medida, dos parâmetros empregados para as práticas em saúde (Costa, 2004: 287).

Sucupira (2007) confirma os estudos de Costa (2004) e Schraiber (1993) ao destacar a direção do debate sobre os determinantes sociais nacionalmente e internacionalmente. No Brasil, ainda de forma incipiente, há uma discussão sobre às diversas formas de relação entre o médico e o paciente no contexto da atenção médica e

mais especificamente em São Paulo. Predomina, ainda, o “interesse na incorporação de procedimentos sofisticados e nos equipamentos de ponta” (Sucupira, 2007, p. 624).

O ensino sobre os determinantes sociais ainda se constitui um tema marginal, frente à hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica. As tentativas anteriores de inserir esse tema no currículo médico, que aconteceram em algumas faculdades de medicina, ocorreram no interior de disciplinas optativas ou consideradas de menor importância, como na psicologia, sociologia médica ou antropologia médica (Sucupira, 2007, p. 625).

Nesta pesquisa, os entrevistados quando questionados sobre quais disciplinas que trataram os determinantes sociais, os médicos relatam que:

Alguma disciplina abordou algum tema social, por exemplo, a pobreza?

“[...] nunca foi um enfoque. Agora se você for falar em questões sociais assim, mais abertas, eu posso falar assim, por exemplo, transtorno de sexualidade, que é um tema social, que é abordado do ponto de vista médico. (...) Transexual, cirurgia de mudança de sexo, esses aspectos (.....) Dentro de uma especialidade. Então você está passando na urologia e se discute numa aula a cirurgia de mudança de sexo.

Nesse caso eles abordam como tratar o paciente?

L: Isso... apresenta... a psicóloga apresenta... tem isso... isso tem... são tratados os aspectos sociais. Mas eu realmente nunca vi assim uma ênfase muito grande, posso estar sendo injusta, mas assim eu nunca vi por parte da faculdade ou talvez eu esperasse mais.” (Dra. Lia - branca)

Vale destacar que no exemplo acima, mesmo sendo um tema social, a orientação sexual ainda é encarada como transtorno de sexualidade e vista sob a perspectiva biologizante. Por outro lado, os determinantes sociais podem ser ensinados integrando-se as bases biológicas às construções sociais, como é a proposta das disciplinas humanísticas das quais a doutora Cláudia se recorda.

[...] A gente tinha bases humanísticas, que abordava a parte social mesmo... Um pouco em... na parte preventiva, a gente tinha também. [...] eram discussões às vezes, nem sempre muito bem conduzidas, mas a gente tinha vários temas pra discussão, acho que levantava bastante interesse.

Quais temas você lembra?

Tinha... Tinha temas de relação médico-paciente, de, é... inserção aí, na sociedade, do papel na sociedade, alguns dados de História, mas não me vem nada. (Dra. Cláudia – branca)

Mas, enquanto o currículo de medicina não aproximar os temas ensinados da realidade dos médicos, elas serão compreendidas como matérias “mal conduzidas”.

Vale destacar que a avaliação da doutora Cláudia dá indícios de como os alunos se relacionam com as disciplinas e com os professores. O fato de avaliar as aulas como

“nem sempre muito bem conduzidas” joga a responsabilidade e culpabiliza o professor pelo não aprendizado das disciplinas. O fato da medicina estar cada vez mais tecnicista exige do médico cada vez menos o aprofundamento dos temas da medicina e da saúde coletiva.

[...] a gente tem algumas aulas de epidemiologia, algumas coisas relacionadas a medicina preventiva mas, é nem de perto chegam, se comparam a experiência de você tá lá e ver a situação real. Inclusive as próprias aulas assim, não foi bem uma aula, mas aquelas reuniões que eles expõem os resultados da bandeira, por exemplo, acho que são bem mais abrangentes assim do que aula teórica que a gente tem sobre esse assunto. (Dra Bruna - branca)

Dentro do currículo habitual, do gênero a gente estuda ginecologia, coisa mais biológica. (Dr. Pablo - branco)

O doutor Pablo evidencia a importância da prática, da situação real, mas com uma medicina, na opinião de Barchifontaine (2000, p.120), cada vez mais científica e menos humana, os médicos apresentam “[...] incapacidade de resolver humanisticamente os problemas do dia-a-dia”. Ristow (2007) complementa que “a desagregação da relação médico- paciente torna-se perceptível num cenário de instrumentalização da razão voltada à tecnologia, norteado pelo mito do progresso e do consumo com vistas ao bem-estar” (Ristow, 2007: 28).

Outro ponto, levantado por eles como sendo fator de interferência na saúde é a classe social, no entanto, os entrevistados não conseguiam ter clareza sobre qual o sentido ou como esta classe social interfere. É interessante notar qual o sentido de classe social eles estão empregando. Talvez a noção de “limpeza” ou higiene apenas seja para os médicos um indicador de classe social, o que na prática não se configura.

Não. É aquilo que eu estava falando do local onde mora, condição social também não influencia. O que influencia são as outras coisas, a higiene, o cuidado com a criança. Eu acho que isso é muito mais importante do que o ambiente. (Dra. Bárbara - branca)

Embora classe social seja o componente mais conhecido, a religião se destaca, em especial, nas aulas de ética médica.

Eu acho que a questão da Testemunha de Jeová é uma questão classicamente muito abordada. Classicamente muito abordada. Na minha época, entrei na faculdade em 2002, me formei em 2007, existia uma disciplina de bioética que estava sendo introduzida cada vez mais na grade curricular, como um esforço de tentar trazer essas questões que a gente tá discutindo aqui. E essa questão da religião muito bem, bastante presente nessa disciplina, acho que

foi talvez a única que tenha tratado dessas questões religiosas. (Dr. Igor - branco)

Há duas explicações para isso, a primeira é que o fato deles não aceitarem receber doações de sangue ou outros órgãos e isto pode gerar um conflito ético entre salvar vidas (finalidade da profissão médica) e deixar morrer; e, segundo por questões legais, as instituições podem ser processadas caso decidam prosseguir com o tratamento mesmo sem o consentimento da família do usuário do sistema de saúde.

É, isso [Testemunha de Jeová] sempre traz uma questão realmente... Acho que... É uma coisa que se fala mais mesmo... Tipo, tentar inserir a cultura do paciente ou o meio em que ele vive, mas a questão religiosa entra bastante, agora as outras questões [pobreza, gênero, raça e cor] que influenciam até mais, acho que são pouco discutidas mesmo. (...) É, nunca vi nenhum Testemunha de Jeová... (Dr.. Pablo - branco).

Paradoxalmente e diferente de outros determinantes sociais mais visíveis, a importância que se dá as especificidades das testemunhas de Jeová é uma experiência quase nula na prática, ou seja, pouco prevalente!

É, eu nunca vi nenhum Testemunha de Jeová.... (Dr. Gabriel, branco)

[...] todo mundo vai precisar saber se ele é Testemunha de Jeová porque tem complicações inclusive legais (Dra. Tatiana - negra)

Em alguns casos, é possível observar uma discussão um pouco mais aprofundada da importância da religião na cura das pessoas:

Assim, primeiro também faz parte da identificação do doente, porque isso é uma identidade de grupo, é uma identidade social, então esse aspecto é abordado. Segundo porque pode ser um ponto de apoio para o doente, numa situação difícil, então, realmente numa situação de aceitação de doença, de driblar as dificuldades, os obstáculos do caminho. E terceiro com relação a preferências desejos de vida. (Dra Lia, branca).

É, isso sempre traz uma questão realmente... Acho que... É uma coisa que se fala mais mesmo... Tipo, tentar inserir a cultura do paciente ou o meio em que ele vive, mas a questão religiosa entra bastante, agora as outras questões que influenciam até mais, acho que são pouco discutidas mesmo. (Dra. Claudia – branca)

Quando eu cheguei no hospital foi bem bacana, tinha toda uma discussão na época, como é que a gente ia fazer para respeitar as preferências alimentares, como eu posso dizer ? As restrições. Então o judeu porque tem muito médico judeu e até no avião perguntam se a comida é tipo A ou B. Então como que aqui no hospital poderia fazer, se o paciente interno, pra saber se ele pode e

os orientais, judeus, mulçumanos. Isso tem muito a ver com o cuidar da pessoa, alimentação, cuidado e afeto. (Dra. Tatiana - negra)

Além do debate emblemático sobre o conflito entre o que se define, ou quem define o direito à saúde, e poderíamos pensar que sobre religião todos tem vivência pessoal ou alguma reflexão acumulada – interpelados pelas cenas que assistem na prática médica cotidiana, embora a maioria católica não perceba o constrangimento que os adeptos de religiões minoritárias passam nas capelanias católicas em hospitais do SUS, frente aos crucifixos e a dificuldade que enfrentam de terem seus rituais de apoio espiritual e pós-morte respeitados, mesmo no âmbito do SUS supostamente laico.

A religião tem relação sim, uma relação baixa, mas tem relação. Tanto positiva quanto negativa, então algumas, alguns grupos religiosos acham que, não procuram atendimento médico porque acham que com algum tipo de oração, alguma coisa que vai conseguir curar, então, ou outros perfis, acho que o cara que não acredita em nada ele tem menos a perder do que... Então, ele se cuida menos. (Dra Claudia - branca)

Eu acho que isso tem uma relação baixa porque dependendo da religião isso pode interferir no tratamento, é pouco comum, mas às vezes acontece. (Dra Bruna – branca)

Por outro lado, não só a religião do paciente interfere na relação médico-paciente, também a religião ou não do médico interfere na sua prática. Como é o caso da doutora Tatiana que, por ser evangélica, quando tem contato com algum paciente ou residente quer saber mais, como também é o caso da doutora Isabel que por ser atea pouco questiona. Em ambos os casos, é importante perceber a influência de um determinante social da relação médico-paciente:

Não, eu sou atea, não falo de religião com eles.

Mas nem o histórico?

Aí posso até perguntar, mas não vou entrar em muitos detalhes de religião. Eu acho que não faz muita diferença, às vezes faz, na psiquiatria faz.

Em que sentido que faz?

Eu já vi pastor mandar parar de tomar remédio e eles param. (Dra. Isabel)

Outro determinante social abordado e bem sinalizado pelos médicos foi o gênero do paciente. Embora ainda exponham uma abordagem muito conservadora e biologizante para o gênero e não tenham uma ideia muito sólida sobre os impactos ou implicações de como o seu sexo e o sexo do paciente na relação médico-paciente ou no processo de adoecimento, esse determinante foi melhor apresentado pelos entrevistados.

Vale destacar que na tabela 3 sobre as correlações entre os determinantes sociais e os riscos em saúde, mais da metade dos entrevistados considerou que sexo tem uma alta relação com agravos em saúde. Abaixo algumas das falas que buscam explicar como a categoria gênero afeta as condições de saúde da população.

Quer dizer, quando você aprende em medicina preventiva, que o coeficiente de mortalidade materna é uma coisa importante. Indiretamente, porque isso é uma coisa importante? Porque uma sociedade que cuida mal das suas gestantes, tá cuidando mal da sua população toda. É uma medida de desenvolvimento social, esse negócio, não é isso.

Agora eu acho que não é feito bem esse link, do tipo, olha isso é importante, importante estudar o coeficiente de mortalidade materna e coeficiente de mortalidade infantil, [...]

[...] Eu me lembro no segundo ano de ter tido discussão sobre violência contra mulher. Mas eu me lembro muito pouco, era um momento muito precoce talvez pra introduzir essa discussão. Mas era no módulo de medicina preventiva também. Acho que a medicina preventiva, a disciplina, ela faz um grande esforço pra introduzir esses conceitos na formação médica. Mas eu acho que ela trabalha extremamente sozinha nessa direção. (Dr. Igor - branco)

Sobre a orientação sexual, embora o movimento LGBTTT seja atuante há mais de 30 anos, somente muito recentemente encontrou na saúde um parceiro que assumisse nossas necessidades de direitos à igualdade, justiça e cidadania com a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Mas, nos recentes debates sobre a implementação da política evidenciou-se o desconhecimento dos médicos e profissionais de saúde quanto aos termos: orientação sexual, opção sexual, identidade de gênero, travestilidade, transexualidade, bissexualidade, lesbianidade. Os médicos desconhecem a história do movimento e quais as bandeiras desse movimento, ainda acreditam que a homossexualidade é uma doença e a transexualidade ainda é considerada uma doença e que pessoas homossexuais são responsáveis pela epidemia das DST/HIV/Aids.

Eu acho que sim, totalmente. Não totalmente, mas é uma realidade muito presente de discriminação homossexual. E aí que tá, a homossexualidade não escolhe raça, não escolhe classe social, então, enfim. E eles são, os homossexuais aparentes são minoria. [...] sempre existem pessoas que no local, no ambiente de atendimento, que não aceitam homossexualidade, acham que esses indivíduos buscaram aquela condição em que se encontram. Eventualmente, o indivíduo chega com HIV positivo, mas também é gay, . Acho que essas frases são muito comuns. (Dr. Igor - branco)

Foi porque mais na otorrino porque na otorrino a gente lida com muito paciente transgênero, cirurgia de gogó, cirurgia para tirar o pomo de Adão, cirurgias que alteram o piti vocal, deixa a voz mais feminina ou mais grossa,

a gente lida com esse tipo de paciente. Orientações formais não, mas na prática sim. Porque você lida com muitos pacientes, então principalmente transgênero tem bastante diferença sim, é uma forma diferente e é um paradigma difícil porque você está acostumado homem mulher, aqui é um choque um pouco de valores, então não é fácil essa transição (Dr André, amarelo)

Este estudo não pretende aprofundar o tema da orientação sexual, mas vale destacar que, para pensar as relações de gênero, é necessário repensar a abordagem e o olhar sobre a construção identitária de gênero, em especial os indivíduos do grupo LGBTT. Refletir sob uma perspectiva que extrapole o gênero feminino e masculino ajuda a pensar que homens e mulheres tem um gênero, uma identidade de gênero. LGBT ainda é discutido como sujeito enfermo, seja pela Aids, seja por sua “disforia de gênero” “ele pensa que é mulher”, ou enfermo porque a construção social desse sujeito nasce da doença, ele já nasceu doente³⁴.

[...] Faço parte de uma geração na qual o homem era visto como sexo masculino e a mulher, como sexo feminino. Hoje em dia a gente vê homossexuais [...] (Dr. Igor – Branco)

Qual a categoria do sujeito homossexual? Quando se descola do corpo atributos que são construídos socialmente, o que fica são as diferenciações de cada corpo. A questão é que a partir dessas diferenciações atribui-se significados e os significantes determinam onde como e quando.

Pensar em gênero, que além de pensar nas relações de gênero, é pensar em seu deslocamento, na fluidez dessa categoria. Algumas vezes ao tratar de gênero como constructo social leva-se em consideração as orientações sexuais e as identidades de gênero, mas ainda dentro de uma combinação que tenta enquadrar os na categoria masculina ou na categoria feminina, para melhor entender. Mesmo os que denunciam o binarismo de gênero ainda são poucos que conseguem extrapolar o universo masculino e/ou feminino, ou que compreendem a orientação sexual para além desses universos como ponto de referência, ou como já foi dito anteriormente, ou consegue fugir da definição pela negação ou exclusão: “se não tem X ou não faz Y, então é Z”. Os indivíduos pertencentes a esse grupo nunca são como eles mesmos, ou seja, sujeitos da ação ou a referência em si. De nada adianta fazer novos discursos, se não se consegue deslocar o olhar.

³⁴ Ler mais em: “A invenção da Heterossexualidade” de Jonathan Ned Katz, para pensar uma nova abordagem das áreas do saber, psicologia e psiquiatria, a despatologização da homossexualidade e a criação desses sujeitos com orientação sexual, homossexual ou heterossexual.

Sobre o determinante social “raça”, embora como definição biológica do século XIX tenha perdido completamente o seu significado, raça é fundamental para compreender as relações sociais e raciais estabelecidas no Brasil e que trazem privilégios, dominação e consequentemente desigualdades materiais, psíquicas, socioculturais e simbólicas entre os humanos, assim se estabelece as diferentes formas de racismo. Mas, na formação médica esse componente pareceu na medicina preventiva e na epidemiologia, mas ainda de modo pouco humanizado – como população afetada, como fatores de adoecimento sem nenhuma discussão de porque esse adoecimento acontece.

Eu acho que no geral se enfoca epidemiologia das doenças mas sem falar da disciplina de medicina preventiva. Toda vez que você estuda uma doença qualquer, existe uma questão epidemiológica, quem é a população mais fortemente afetada. Ah, são os indivíduos negros, até 30 anos de idade. Quem são os indivíduos que tem mais fibrose cística? São os indivíduos brancos. Enfim, se enfoca isso aí. Mas acho que é muito mais o conceito de mensuração de chances, de chance de ocorrência, muito probabilístico eu acho, totalmente probabilístico. Ah, qual a chance desse indivíduo estar tendo essa doença? (Dr. Igor - branco)

Tem uma relação baixa mas tem relação, então tem relações que tão, tem doenças que são mais comuns em... negros ou brancos, ou pessoas que têm parentes no Mediterrâneo, então são coisas que influenciam sim. (Dra. Claudia - branca)

Você tem, por exemplo, alguns fatores determinantes de doença que são condicionados por raça. Então acha que você tem mais síndrome de (inaudível), tem mais hipertensão, nesse sentido você acaba passando por isso. Mas como abordagem sistemática do quesito raça, eu não me lembro. (Dr. Pablo - branco)

Por outro lado, quando o componente social da raça aparece na prática, os médicos não estão preparados para lidar com ele:

Teoricamente não devia ter diferença entre atender negros e brancos, mas a maioria dos que a gente atende são brancos. Na formação a gente acaba tendo mais contato com pacientes que são brancos... Eles não ensinam diferenciar paciente branco ou negro. Eles ensinam a medicina. Todo o conceito que a gente tem de questão de preconceito, questão de lidar com diferentes raças, isso é uma coisa que vem da formação. Não só do ensino, mas da formação que temos em casa de como a gente vê o nosso pai, nossa mãe lidando com essas situações no cotidiano. Então, tudo isso a gente adquire e fica para gente quando vamos fazer a nossa formação médica. Não sei se existe alguma coisa que a gente poderia fazer. Na faculdade tem o programa de tutoria e a gente conversa várias vezes sobre reclamações de pessoas, de alunos com professor, aluno com paciente, aluno com profissionais de saúde, existe grupo de apoio psicológico que também tem entrevistas durante a faculdade justamente para lidar com esses temas. Pelo menos aqui também

tinha grupos de formação ética profissional e a gente estudou medicina ética, que falava da relação médico/paciente e, as vezes, lidava com esses temas de preconceito. Mas nunca de uma forma muito aberta, mais voltado para a relação (dr. Daniel, negro)

Apesar do nível social ou educacional ser importante desde o "cabeçalho de uma anamnese³⁵", é pouco abordado formalmente durante a graduação e é deixado para ser resolvido de modo "intuitivo" e pessoal. Os médicos não fazem as perguntas que possibilitariam um maior desenho do contexto de onde vem e vive o paciente. Os depoimentos abaixo ilustram bem a dificuldade dos médicos:

Acho que nenhum momento se parou a formação pra se explicar como é que funciona isso daí [classificação racial] exatamente. Eu acho, talvez tenha sido um ponto falho na minha formação isso daí. É, foi um pouco intuitivo mesmo. (dr. Pablo, branco).

Olha, a gente trabalha muito com a população SUS, então bem ou mal você acaba entrando em contato com esse tema. Na minha época não, mas hoje em dia o pessoal passa mais tempo em Unidade Básica de Saúde, que é contato com a população mais carente, que é uma experiência bem interessante. A gente tem uma população carente, população menos favorecida financeiramente, então a gente tem esse contato. Eu fiz alguns projetos de extensão na faculdade, projeto Bandeira Científica em que a gente leva os alunos, já fui como aluno e mais tarde fui como discutidor. A gente vai com vários alunos para uma região bastante pobre do Brasil para fazer atendimentos, educação em saúde, foi uma maneira que eu acabei entrando em contato com tema pobreza mais por dentro assim. De grade curricular específico nisso eu não lembro não... (Dr Juliano, branco).

Você diz desigualdade social, ou temas gerais? Sociais? Porque assim, a faculdade, eu acho, ela não tem muito, talvez agora um pouco mais, e foi até uma coisa que me trouxe muito sofrimento durante a faculdade, , porque eu não via muito assim, entre meus pares, uma preocupação social, entendeu, de fato, assim, com uma população mais carente, e não tive também tanto professores que me mostraram esse lado. Claro que você tem aqueles que são assim [...] (Dra. Lia, branca)

Porque é uma coisa que eu não sei direito, assim, raça, qual que era... cor e etnia? Nem sei qual a definição certa de cada um deles, então na hora que você for ler, ouvir a entrevista... depois você me explica isso. Então eu acho que realmente a população negra tem essa... teve essa desvantagem e não tiveram a chance, não tiveram as mesmas oportunidades na construção histórica do país e se igualar. (Dra Lia, branca)

³⁵ É uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. Em outras palavras, é uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente.

Uma anamnese, como qualquer outro tipo de entrevista, possui formas ou técnicas corretas de serem aplicadas. Ao seguir as técnicas pode-se aproveitar ao máximo o tempo disponível para o atendimento, o que produz um diagnóstico seguro e um tratamento correto.

Sabe-se hoje que a anamnese, quando bem conduzida, é responsável por 85% do diagnóstico na clínica médica, liberando 10% para o exame clínico (físico) e apenas 5% para os exames laboratoriais ou complementares

6.2. Fatores fundamentais para formação

O médico que se propõe formar é um médico com sólida formação geral, formação básica profunda, treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), elevada formação ética e humanista e apto a exercer sua profissão com responsabilidade social e competência técnica.” (Diretrizes curriculares do curso de Medicina - Milton de Arruda Martins)

Durante os anos de faculdade médica muitos são os fatores que ajudam na formação dos futuros profissionais de medicina, fatores esses que vão desde o papel do professor, participar de iniciação científica, as ligas de especialidades bem como a prática médica, dentre outros.

Neste tópico apresentar-se-á como alguns destes fatores colaboram com a formação médica. Como, por exemplo, os estímulos e exemplos vindos dos professores, a inspiração e construção de modelos a serem seguidos.

A parte de orientação das pessoas mais velhas [professores]. De elas terem uma atenção maior com a gente e dedicação. A gente sempre precisa de alguém, pelo menos na área cirúrgica, que é dedicado ao ensino, porque na aprendizagem a gente depende muito deles. A gente entra em uma área completamente nova e você entra sem saber fazer praticamente nada. Você precisa desse auxílio, dessa ajuda e eu acho que foi isso que foi determinante para mim. (Dr. Diego, negro)

- Eu acho que eu tive exemplos profissionais muito importantes. Professores que me inspiraram, que mostraram como exemplos a ser seguidos, que realizaram uma prática médica que eu admirei. (Dra Helen, branca)

Ainda pelas vozes dos entrevistados, a possibilidade do exercício da medicina como foi sem dúvida um elemento marcante do aprendizado. Essa prática, aliada ao processo de supervisão sobre a prática e ao contato diário com o paciente.

A gente ia atender, então iam os médicos, os alunos atendiam e depois a gente discutia, na época, com supervisão dos médicos. Então era muito legal, isso dava outro ânimo, assim, era... foi muito importante. (Dra Cláudia - branca)

Acho que o mais importante é a parte prática mesmo. A parte teórica faz parte do aprendizado, faz parte do ensino, mas o contato diário com o paciente é uma coisa... É isso que faz você ser médico, o contato com o paciente. (Dra.

Cláudia)

[...] dentro de uma instituição acadêmica, como você é aluno, você tá aprendendo, as vezes você acaba tendo um tipo de tratamento, dando um tipo de tratamento para o paciente e em uma instituição que você não tem esse caráter didático é totalmente diferente. Então, dentro de hospitais que são públicos os hospitais escolas, por isso que eles falam que tem um atendimento melhor, porque você tem os alunos e eles tem mais interesse em perguntar, em questionar, em se interessar pela parte pessoal do paciente, contexto, moradia... do que em hospitais que também são públicos que as vezes tem a mesma quantidade de recursos mas que não são hospitais universitários, acho que isso tem uma diferença sim. (Dra. Bruna - branca)

Na minha época não, hoje em dia o pessoal passa mais tempo em unidade básica de saúde que é contato com a população mais carente, que é uma experiência bem interessante. [...] A gente atende uma população menos favorecida financeiramente e tem esse contato. (Dr. Pablo – branco)

e entra em contato com pessoas de status sociais com quem não conviveram. É uma chance de conhecer pessoas que vivem outras realidades muito distintas das deles, os médicos da pesquisa.

[...] E ver outras realidades, a gente ia na casa das pessoas, era uma coisa bem diferente. Embora eu achasse naquele momento que não seria isso que eu fosse fazer, ficava uma satisfação muito grande, foi muito legal. (Dra. Cláudia - branca)

[...] Assim eu acho que o fato de você participar de ver de perto acaba sendo muito mais impactante pra você do que você ouvir falar, você não tá vivenciando a coisa, eu acho que isso ajudou bastante, muito mesmo. (Dra. Bruna - branca)

a gente teve várias aulas, a gente acompanhava a pastoral da criança, tinha aula de saúde pública, a gente ia na favela dar orientação para as mães, a gente entrava no meio da favela para dar orientação para as mães, tinha lugar que não podia entrar porque traficante não deixava. [...] Foi, a gente entrava na favela, entrava nas casas para ver qual condição de ambiental da casa, de saúde, de limpeza, higiene para poder explicar para a mãe o que ela podia melhorar. A gente ia dentro da casa com barata, com tudo. (Dra Isabel – branca)

Outro elemento peculiar ao aprendizado de medicina são as chamadas “Bandeiras Científicas”, experiências da formação que estimulam o contato com realidades com outros indicadores sociais e contextos culturais³⁶.

³⁶ Projeto Bandeira Científica consiste em uma extensão universitária vinculado ao Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A Bandeira Científica realiza uma expedição anual a comunidades carentes de assistência em saúde ou com situações particulares de atenção à saúde. A atuação baseia-se em ações preventivas e curativas, além de desenvolver atividades em diversas áreas técnicas relacionadas ao desenvolvimento e manutenção da saúde como característica do bem-estar biopsicossocial do indivíduo. Como projeto universitário tem

Outra coisa que bastante foi a bandeira científica [...] eu fui no segundo e no terceiro ano da faculdade assim foi muito legal, tive contato com gente de, com as pessoas de outros estados, com outras culturas eu assim uma coisa muito legal e da um baque assim com a realidade que você vê fora de São Paulo você acha que todo mundo é alfabetizado e não é verdade que todo mundo sabe assinar o próprio nome e também não é e todo mundo tem o acesso básico assim, mínimo e também não é verdade então é um choque assim é uma coisa que ajuda você a se sensibilizar mais assim coisas que são muito distantes assim você acaba vendo de perto acho que muda bastante . (Dra. Bruna - branca)

Eu fiz alguns projetos de extensão na faculdade, projeto bandeira científica em que a gente leva, já fui como aluno e mais tarde fui como discutidor. A gente vai com vários alunos para uma região bastante pobre do Brasil para fazer atendimentos, educação em saúde, foi uma maneira que eu acabei entrando em contato com tema pobreza, mas por dentro assim. De grade curricular específico nisso eu não... (Dr. Pablo)

Além das bandeiras científicas, os alunos também destacaram as iniciações científicas e as Ligas³⁷.

A minha iniciação foi na área de violência, tive bastante contato em questão de violência doméstica, trabalhei na parte de serviços, demandeí atenção primária. Então, a minha formação específica foi mais voltada para algumas questões sociais. Tirando essa minha formação, colegas meus que não tinham a possibilidade de fazer pesquisa científica na área básica, acho que você tem realmente pouca vivência e pouca informação de problemas sociais durante a graduação. (Dr Daniel, negro)

[...] a convivência com os meus amigos na faculdade, influenciou bastante assim para a minha formação, meu comportamento, eu acho que, realmente, me ajudou muito, que eu era uma pessoa muito assim fechada [...] me ajudou a amadurecer muito. (Dra. Bruna – branca)

[...] uma coisa que eu achei que me ajudou bastante também foram as ligas, a gente tem algumas atividade extracurriculares que são ou na hora do almoço ou no fim do período das aulas que são, é uma prática de atendimento relacionada a uma área específica, então por exemplo, liga da febre reumática, da hipertensão, diabetes daí pra você entrar nessas ligas. [...] Acho que aprendi, assim a se comunicar com o paciente, tentar entender um pouco mais sobre a realidade dele, na liga de hipertensão isso era bem legal porque você começava

disponibilizado aos alunos da USP uma experiência única, pois coloca esses jovens universitários de diversas áreas da megalópole paulista em contato com a população de municípios distantes em áreas carentes do Brasil, com realidades particulares, em geral precárias, e organização política e social únicas. A vivência alcançada está além de contato com conjuntura social, mas passa pela reflexão sobre a cidadania.

³⁷ Ligas acadêmicas são definidas como um grupo de alunos que se organiza para aprofundamento didático em determinados temas, as ligas fazem parte do dito currículo paralelo do estudante de Medicina. Nas ligas, estudantes recebem aulas teóricas sobre determinado assunto, organizam cursos e simpósios, desenvolvem projetos de pesquisa e participam de atividades junto a serviços médicos ou à comunidade.

a acompanhar desde o começo do tratamento e se a pessoa não tava se adaptando, porque ela não tava se adaptando, o que ela tava sentindo, então ah porque o remédio é caro eu não consigo pegar esse ou então é porque eu sinto tal efeito colateral então era, conseguia ter uma empatia grande [...] (Dra. Bruna – branca)

6.3. Fatores que influenciam a relação médico-paciente

Abordar esse aspecto envolve também compreender as diferentes visões da relação médico-paciente. Como já discutiram Caprara et al. (2001), ao observar que na maioria das consultas (91,4%) os médicos não exploram aspectos psicossociais. Os entrevistados também não exploram os medos e ansiedades dos pacientes, considerando que valorizam esses aspectos como fatores que são relevantes, como se vê na tabela 4.

Tabela 4
Fatores que influenciam a relação médico-paciente

Fatores	Influencia muito	Influencia	Influencia pouco	Não influencia
Lugar e condições de atendimento	16 / 64%	8 / 32%	1 / 4%	
Fatores psicológicos do paciente: As expectativas, medos, ansiedades etc	17 / 68%	8 / 32%		
Experiências anteriores do paciente com outros médicos	16 / 64%	8 / 32%	1 / 4%	
Primeiras impressões sobre o paciente	5 / 20%	14 / 56%	6 / 24%	
Seus fatores psicológicos (médico): estresse, ansiedade, frustração etc	11 / 44%	11 / 44%	3 / 12%	
Sua experiência profissional com a doença ou agravo relatado	9 / 36%	9 / 36%	6 / 24%	
A qualidade de sua comunicação com o paciente	22 / 88%	3 / 12%		
Conhecimento do paciente sobre a doença ou agravo relatado	7 / 28%	13 / 52%	5 / 20%	

Os dados da tabela acima apresenta a avaliação dos médicos quanto aos fatores que afetam a relação médico-paciente:

- O primeiro dado que chama a atenção é que nenhum dos médicos considerou os fatores apresentados como não influentes na relação médico-paciente
- Para a maioria dos entrevistados, a comunicação com o paciente influencia muito. Isto mostra que eles sabem que um dos elementos chaves para o bom

atendimento é comunicar-se. Se a comunicação é importante o que se aprende na faculdade que favoreça a comunicação dos diferentes públicos e background?

- Um pouco mais da metade dos entrevistados detectam que os fatores psicológicos do paciente afetam a relação médico paciente, mas menos da metade desse mesmo grupo considera que os seus fatores psicológicos afetam a relação médico-paciente. Será que os médicos, mesmo submetidos a longos processos de privação de sono por conta dos plantões, mesmo tendo que atender 60 pacientes em três horas, estão mais preparados lidar com seu stress? Ou será que os médicos tem mais dificuldade de falar sobre as suas limitações?

Estudar a influência dos determinantes sociais implica em conhecer os subtemas específicos de cada componente, mas ao mesmo tempo, saber relacionar diferentes determinantes para compreender a história social da doença. Ao longo das entrevistas, os entrevistados apresentaram muita dificuldade em correlacionar diferentes determinantes sociais e entender que a sobreposição de determinantes pode agravar a vulnerabilidade das pessoas. Por exemplo, ao analisar as tabelas 2 e 3 percebe-se que determinantes diretamente relacionados tiveram pesos diferentes na avaliação dos médicos. Além disso, foi pouco mencionado pelos médicos situações que descrevessem os diferentes graus de vulnerabilidade, por exemplo: ser pobre traz um tipo de vulnerabilidade individual, social e programática; ser pobre e negro outro tipo de vulnerabilidade; já as mulheres negras (pobre, negra e mulher) se encontram na base da pirâmide.

[...] na verdade tanto a étnico-racial quanto a classe social estão mais associadas ao nível de educação da pessoa. Então se ela tem uma capacidade básica de compreender, se ela consegue entender, por exemplo, você tá explicando como fica o açúcar no sangue, por exemplo, e a aquilo pra ela não faz sentido nenhum, isso vai dificultar o tratamento, agora se ela tem um ensino fundamental, por exemplo, ela consegue já entender como funcionam as coisas, isso facilita a sua abordagem pra ela, vai facilitar seu tratamento, mas isso não é relacionado exatamente a etnia nem a classe social dela, acho que é o nível educacional mesmo. (Dra Bruna – branca)

Já vi crianças entrar no consultório falando que está com dor de barriga e sai com diagnóstico de pneumonia. É assim que acontece, você explica que uma coisa está relacionada a outra, a coisa vai bem. (Dr. Pablo, branco)

Todavia, em alguns casos, os profissionais destacar a importância de considerar diferentes determinantes sociais para compreender a história do paciente:

Determinantes sociais, essas coisas assim, a faculdade nem pensa nisso. O jeito de fazer educação é centrado na doença. Então o detalhe se é mais prevalente no idoso, ou se é mais prevalente em criança e principalmente os determinantes sociais das doenças são muito pouco discutidos. Então é capaz de você ter médico que coordena um centro de saúde, que trata 8 vezes a diarreia naquela criança e não se preocupa (incompreensível) essa criança já teve 8 infecções aqui, tem alguma coisa diferente nesse lugar? Ir lá ver que ela mora do lado de um córrego aberto, tem rato, doenças, tudo. Essa discussão, esse determinante social das doenças não é discutido. As coisas são muito subliminares. Hoje em dia a nossa prática médica ela é voltada para grandes estudos (Dr. Dennis, negro)

Ainda dentre dos fatores fundamentais para a melhoria da formação, os entrevistados destacaram o papel da aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a problematização³⁸. Essas metodologias destacadas por Cyrino (2004) vêm de encontro à demanda por inovação nas formas de trabalhar o conhecimento e para dar conta dos processos de mudança no ensino em saúde (2004, p. 788).

[...] Ah acho que quando a gente se lembra de alguma situação ruim, ou de algum exemplo ruim, isso sempre dá um reforço pra gente evitar que essas coisas aconteçam. Então, todas as experiências boas são legais pra gente contar, mas as experiências ruins elas servem sempre pra tentar melhorar um pouquinho o nosso comportamento ou então as nossas atitudes ou então mesmo a nossa conduta assim como médico. Então eu acho que é sempre bom a gente lembrar um pouco do que foi um exemplo ruim pra evitar que isso aconteça de novo, então é legal de vez em quando fazer isso. (Dra Bruna – branca)

Você sabe que assim, acho que isso na sua pesquisa é uma coisa pra vocês pensarem porque quando você me pergunta isso, imediatamente, eu acho que deve pra todo mundo vir um mecanismozinho de defesa porque é muito mais fácil você falar suas experiências positivas, que deram certo, do que você vir contar uma coisa que deu errado, uma relação médico-paciente que fracassou. [...] (Dra Daniela - amarela)

[...] Não se deve ter problemas e sinalizar problemas. (Dr Denis, negro)

O doutor Rafael, por outro lado, apresenta a importância de observar diferentes espaços onde a aprendizagem acontece. Muitas vezes esse processo está fora da dinâmica da sala de aula ou dos ambientes de práticas pedagógicas. A esse aprendizado

³⁸ A problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são duas propostas distintas que “trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender” (Berbel, 1998, p. 141 apud Cyrino, 2004, p.780). Apoiadas na aprendizagem por descoberta e significativa, ambas valorizam o aprender a aprender (Cyrino, 2004, p.780).

ele nomeou como currículo oculto. Conforme Moreira (1997, p. 15), por currículo oculto entende-se “a atividade pedagógica distinta da formal, pelo caráter subjetivo da personalidade do educador. A subjetividade presente no educador, o entalhe pessoal que ele atribui aos conteúdos curriculares formais compreende a dimensão comunicativa da educação”. Vale destacar que o “currículo oculto”

Considerando que cada paciente é único e muitos detalhes da relação médico-paciente não são ensinados na faculdade, o que você não aprendeu na faculdade mas você ensina pros residentes?

Eu acho que isso aí é na verdade o que todo mundo diz, que chamam de currículo oculto. Que na verdade é ver situações, porque aqui na Medicina, cirurgia, a gente aprende vendo, muito do que a gente aprende é vendo a situação, é acompanhando a evolução de um paciente, é acompanhando o seu residente mais velho, seu preceptor, ou assistente, falando com um paciente. É, no início é tudo muito observacional, e a forma de agir, a forma de conversar, a forma de se posicionar até. É, não é uma coisa que, eu aprendi alguém falando isso pra mim, é de você ver e toda vez que existe alguma coisa, alguma situação, eu acho que, eu sempre levei os residentes menos graduados, os internos, os formandos, quem tá na graduação, junto porque é dessa forma que aprende, entendeu? Às vezes aprende tanto pro certo quanto pro errado. É vivendo as situações. (dr. Rafael, amarelo)

Diante desse quadro fica evidente a necessidade de reformular a formação dos médicos de forma que possam responder às demandas sociais. As faculdades de medicina têm sido incitadas a repensar seu currículo e suas práticas educacionais para que valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência do trabalho em saúde. Mas o “processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos” (Cyrino, 2004, p. 780).

7. Discussão

O estudo permitiu observar como os médicos entrevistados reconheceram alguns dos marcadores sociais que se transformam em desigualdade. Reconheceram os lugares sociais diferentes para homens e mulheres, brancos, amarelos e negros, como lugares de maior ou menor privilégio ou de subordinação, exclusão -- e, principalmente, no caso da situação de pobreza, uma “dificuldade” e um obstáculo para o sucesso técnico. Tiveram, entretanto, maior dificuldade de responder perguntas cuja resposta automática seria, sem a insistência dos(as) entrevistadores(as), “porque sim, porque é natural, porque é assim, porque é normal, por costume”. Pensaram menos sobre os determinantes sociais e tinham menos repertório sobre raça e gênero, quando tais temas estavam mais longe de problematizar sua realidade pessoal. Por exemplo, a força da categoria *branco* como referência, como universal, quase como resposta correta entre as opções, apareceu na seguinte resposta livre: “Me acho pardo porque minha pele não é tão branca”. Deixando no ar a pergunta: não é tão branca quanto deveria? Ou ainda: “Eu sou homem porque eu não sou mulher!” É mais fácil se definir pelo que não é do que pelo que é!

Os entrevistados conseguiram, entretanto, analisar a influência dos determinantes sociais de gênero e raça em sua trajetória pessoal e experiência com pacientes, depois do aquecimento propiciado pela situação da entrevista. As diferenças e desigualdades de gênero foram mais fáceis de ser explicitadas. Os entrevistados articularam um repertório levemente maior para o tema. Como o estudo sobre a branquitude paulista também demonstrou (Schucman, 2012, p. 109), foram observados significados diferentes para o gênero nas narrativas internas a cada grupo racial.

Médicos não são diferentes de outros profissionais. Todos os entrevistados, em algum momento, usaram o discurso sobre o “instintivo” e o “natural”, e a maior parte deles compreendeu o masculino e o feminino de um modo muito conservador, muito tradicional. Tiveram problemas para encontrar definições para perguntas supostamente simples. A imagem do “ser feminina”, especialmente, foi construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude, na fertilidade, marcando-se profundamente a identidade social da mulher e os estereótipos do feminino.

Os entrevistados decodificaram de modo mais sofisticado a cena em que poderiam introduzir a humanização. A fala abaixo exemplificou que as pessoas que participavam da interação tinham história e contexto social:

No pronto-socorro, a maioria dos casos internados lá não são evidentemente por problemas médicos, mas por problemas sociais. É o cara que é desnutrido, que não come direito; é a mulher que tem um “piti” porque perdeu o emprego e tem uma situação familiar péssima; é a criança que foi agredida pelo padrasto que bate nela e por aí vai. A maioria dos problemas tem um componente social. E os médicos precisam saber encarar isso (dr Gabriel, branco).

O contexto social foi associado à pobreza mais que qualquer outro indicador da diferença ou da desigualdade social.

Os entrevistados manifestaram conflito com a percepção das dimensões sociais não abordadas, porque era uma situação distinta da que consideraram essencial para uma boa relação médico-paciente. A organização social da prática médica (capitalista e atolada pela demanda nos espaços do SUS) não estimulou o profissional a pensar o paciente em sua inteireza, como ser biopsicossocial. Nos termos da abordagem psicossocial construcionista do cuidado, significa co-compreender o significado do adoecer para o paciente, tomá-lo como sujeito de direito, especialista em sua vida e participe das práticas em curso – da anamnese ao acordo sobre os procedimentos adequados à sua condição, que frequentemente, quando se trata de grande vulnerabilidade social, devem extrapolar a consulta médica.

No caso da desigualdade racial, observou-se que no início das entrevistas houve polarização: de um lado a negação das desigualdades entre brancos e não-brancos; do outro, a valorização da identidade branca, compondo bem com o “racismo à brasileira”, como tantas vezes se afirmou nos campo de estudos sobre racismo, já que o racista e o sexista era sempre o outro. Schucman (2012) recupera dois importantes conceitos de Dzidzienyo (1971) que ajudam a compreender “as manobras políticas das elites, tentando encobrir ainda o processo de reconhecimento da discriminação brasileira” (2012, p. 43):

Dzidzienyo (1971) argumenta que a elite brasileira conseguiu criar uma “etiqueta das relações raciais no Brasil” cuja a principal característica é a menção de situação de desigualdade geradas por raça (Dzidzienyo 1971 apud Schucman, 2012) . A própria utilização de termos como “pessoas de cor”, para Dzidzienyo, é vista como uma expressão encobridora que indicaria que tal etiqueta impõe às pessoas que se interessam em questionar as desigualdades sociais existentes entre os negros e brancos brasileiros. (Schucman, 2012, p. 43)

Pode-se, portanto concordar com Bento quando afirmou que o privilégio simbólico e concreto da brancura a tornou “território do silêncio, da negação e interdição, da neutralidade, entre outros, tratando-se de uma dimensão ideológica” (2002, p. 166). Nos termos dos médicos entrevistados, falar em pertencimento racial ainda estava associado ao discurso sobre a biologia. Houve confusão conceitual entre cor e raça, embora o componente político da discussão, a discriminação racial, de todo modo, foi compreendida pelos médicos como questão a ser aprimorada.

Como disse Bento (2002, p. 73), respeitáveis estudiosos da área de relações raciais buscaram em seus estudos focalizar apenas os negros, ou seja, as questões problematizadas foram suas carências e a discriminação, que certamente devem ser motivo de atenção. Por outro lado, o silêncio em torno das práticas racistas e dos privilégios dos brancos em nossa sociedade foi revelador de uma militância em outra direção. Pareceu clara também, com base neste estudo, a necessidade de investigação

mais aprofundada sobre o tema do privilégio e de uma interação médico-paciente carregada de estereótipos, e a necessidade de dar voz também aos médicos amarelos.

O recorte de interpretação nesse texto tocou em outros momentos da trajetória dos entrevistados, em que internalizaram sentido e significado para as diferenças biológicas entre homens e mulheres, definindo o que é ser homem e o que é ser mulher, raramente questionando a natural divisão entre os sexos. O texto salientou o que expressaram sobre a cultura médica, ou seja, o contexto das práticas com sentido em que o médico estava inserido. As escolhas de como e quando os médicos intervêm durante a prática médica expressou sua formação. Este estudo pensou que esta foi construída desde sua socialização primária, no contexto familiar, e secundária, na escolarização e nos espaços de socialização dos adolescentes e dos jovens. Não começou na escola médica. O processo de socialização, por sua vez, foi atravessado pela raça e pelo gênero e só pode ser entendido como fruto da trajetória pessoal, o que significa que variou de indivíduo para indivíduo, como tentamos explorar ao longo deste estudo. É importante observar que ninguém se tornou indivíduo sem, ao mesmo tempo, se tornar homem/mulher, branco/negro. Por isso a pesquisa se propôs a descrever como concebiam ser homem, ser mulher, ser branco, ser amarelo e o que era ser negro. Buscou-se entender como essa compreensão permeou sua trajetória pessoal e, mais especialmente, a interação médico-paciente.

Os poucos entrevistados que tinham noção mais sofisticada sobre gênero e raça eram aqueles que contaram com a oportunidade de desenvolver uma iniciação científica ou que tiveram formação mais generalista, como foi o caso de alguns entrevistados da clínica médica, ou mais social (na área preventiva, de medicina social). O que nos fez pensar que a trajetória trilhada na faculdade contribuiu para a formação. Foi entre médicos que tiveram uma formação diferenciada em “humanidades médicas” que se conseguiu observar um discurso menos biológico e, quando perguntados sobre uma cena de bom cuidado, descreveram mudanças que aconteceriam na situação caso fossem alterados alguns marcadores sociais da diferença expressos no paciente, a cor e o sexo, orientação sexual ou conflito com a lei (segundo o roteiro de entrevista).

Por conta disso, do ponto de vista da melhoria da qualidade da atenção à saúde dos segmentos mais discriminados, o que se espera das faculdades de medicina é que assumam seu papel como socializadoras (ou re-socializadoras!). Só uma formação humanística integrada às políticas específicas e ações afirmativas, para garantir equidade para populações discriminadas, poderá resultar numa melhoria do acesso à saúde de qualidade, como defendido pelas abordagens no quadro dos direitos humanos e pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

O aspecto humanístico na formação médica não descarta a necessária formação, como técnico, especialista e perito na arte de curar. O atendimento médico exige o conhecimento técnico especial, ao tratar o homem doente, não se descurando, porém, dos princípios e dos preceitos de respeito à dignidade

humana, tomando a si o paciente não somente considerando seu corpo enfermo, mas sua integral constituição como ser humano (Ristow, 2007, p. 14).

Dito de outra forma, a formação médica, como discutimos no início, precisaria valorizar tanto o saber técnico, que vai produzir o esperado sucesso técnico, quanto o humanismo, que vai produzir o êxito prático que se espera no âmbito do SUS. Ou seja, que não reproduza a desigualdade de gênero e raça e garanta a integralidade e equidade.

Eu acho que os professores, nós que agora somos professores passamos por um período que deixamos o autoritarismo e a ordem médica foi substituída por um aconselhamento. Então eu acho que os meus professores me ensinaram muito naquela cabeça do que era o vigente da época entendeu ? Eu uso o militarismo porque era o contexto social e tudo isso que se vivia, hoje em dia não, você dá muito mais atenção e discute-se muito mais sobre a autonomia do paciente e direito de dizer : eu não quero e não vou fazer. Então eu acho que os professores da minha geração pra frente a gente ensina mais para os atuais esse tipo de coisa e não foi exatamente como a gente foi formado assim, considerando as mudanças que o mundo está tendo, é um consumidor como outro qualquer e hoje em dia é muito mais ponderado e tem muito mais direito e se sente mais a vontade para reclamar e isso esbarra e vem pra dentro do hospital também. (Dra Tatiana, negra)

As narrativas dos entrevistados sobre a formação permitiu observar sua visão de que tudo vem praticamente pronto para os alunos, todos os manuais, procedimentos e processos, leituras da bula etc. Pouco se obrigavam a buscar informação e a inovar. Quando questionados sobre as inovações que tinham desenvolvido em seus atendimentos, apenas três dos entrevistados conseguiram trazer exemplos de inovação. É de se perguntar: onde está aquela medicina no *top* da lista das profissões mais criativas? Se perdeu com a tecnicização da profissão?

A queixa dos alunos frente às disciplinas humanísticas, talvez venha do fato de serem obrigados a pensar de modo diferente, em que não poderiam seguir um padrão com rotinas bem precisas e teriam que buscar informações na interação. Mais ainda, por depender da informação que o paciente lhe fornece, e evitar a repetição automática de procedimentos a partir de um estereótipo internalizado na socialização e na cultura médica, muitas vezes no seu currículo oculto. Por outro lado, o fato de os professores não “darem tudo na mão” fez com que eles avaliassem essas disciplinas como chatas (por que debater?) e, para aprender, sempre precisariam de alguém “muito bom” para fazer as disciplinas “entrarem” na cabeça deles.

Porque o que acontece hoje em dia, eu vejo que a grande dificuldade na formação, eles não sabem mais juntar alhos com bugalhos, e eu tenho uma teoria do porque disso, as coisas hoje em dia aparecem muito mastigadas. Eles têm que raciocinar cada vez menos. Eu, quando eu queria jogar um joguinho de computador, tinha que ir no vizinho e digitar 20 linhas em DOS para aparecer o joguinho... [...] Senão o vizinho não deixava jogar. Hoje em dia eles fazem assim: “aí está o joguinho!”. Antes quando eu queria levantar um artigo, eu tinha

que ir ao Dedalus [sistema de busca de informações e artigos], procurava o artigo e antes disso eu sentava com a bibliotecária que fazia um levantamento para mim em DOS para cruzar as palavras, pegava, anotava o artigo, entregava o papelzinho para a bibliotecária e voltava depois de dois dias para pegar a xerox da revista. (Dr. Denis, negro)

Além disso, não foi permitido falar sobre erros, o que a entrevista buscou mobilizar como parte da experiência. A concepção de que médicos não podem errar só trouxe consequências ruins para sua formação, pois, como seres humanos, estão sujeitos ao erro, e não falar sobre eles não melhora a prática. Ao longo da entrevista, alguns entrevistados puderam valorizar a importância de se dedicar à reflexão sobre experiências mal sucedidas (diferentes do “erro médico”) e puderam estar associadas à interação médico-paciente.

Como considerou Mota (2010), os médicos têm sido pesquisados pelos próprios médicos e, muitas vezes, a inserção de outras ciências só tem acontecido com o aval dos próprios médicos. Nesse sentido, tinha-se o desafio de transpor a barreira institucional de que somente alunos inscritos no departamento de pós-graduação da faculdade poderiam desenvolver um estudo com os médicos do hospital escola.

Um desafio e um dos limites deste estudo pode ser o fato de que alguns entrevistados não queriam comprometer a instituição e evitaram falar sobre práticas de discriminação. Mas avançaram em algumas sugestões:

Acho que é necessária orientação aos pacientes, com cartazes: “Discriminação é crime. Denuncie”. Em relação aos médicos, orientações, palestras, uma pesquisa eventual que tenha alguma coisa associada, para as pessoas começarem a se policiar, se eventualmente exista alguma alteração. Devem ocorrer ações mais positivas de prevenção do que de fiscalização (...). Em relação às questões dos preconceitos, a relação sócio-econômica, tem que chamar a atenção dos residentes, com perguntas positivas em relação a isso. É importante a gente discutir esse aspecto socioeconômico, racial também. Porque no Brasil tem muita relação. É importante para a gente, durante a formação, ter um pouco mais de orientação em relação a isso. E ter pessoas que te passam a importância do aspecto positivo, do aspecto econômico, que você tem que ser o mesmo médico para todas as pessoas. Os mais velhos são muito enfáticos nisso (dr. Diego, negro).

Esse discurso, de um negro, mostra bem o modo como a formação dá conta do tema da raça.

Ao estudar gênero e raça como marcadores sociais da diferença, assumimos essas categorias como produtoras da desigualdade e da discriminação no acesso à saúde, no âmbito deste trabalho sintetizadas na expressão *determinantes sociais que compõem o processo saúde-doença*. A qualidade da relação médico-paciente, consciente desses determinantes, tem três momentos que devem ser trabalhadas durante a formação médica:

- a superação de estereótipos associados a tipos de pacientes;
- a capacitação para considerar a dinâmica da cena de cuidado em que há sujeitos para além do procedimento, reconhecendo que estão atravessados pela sua socialização e sua posição (de classe, gênero e raça pelo menos), pela organização do trabalho médico e pelo contexto cultural onde os pacientes também tem um lugar social;
- tratar do modo como os atores respondem as cenas e estereótipos sociais só é possível com base em um conjunto de abordagens na sua formação que permitam desde a reorientação intelectual até rompimento com os estereótipos que expressam a história do país e também da medicina no país.

Essa pode ser uma tarefa quase de ressocialização, não só cognitiva mas densamente emocional. Vagostello (1997) demonstrou que se os preconceitos resistem à mudança. O caráter cognitivo do preconceito pode ser condição necessária, mas não suficiente, para sua compreensão ou eliminação. Além disso, preconceitos sintetizam “mecanismos individuais e sociais que impedem sua extinção via conhecimento e que, portanto, escapam à crítica meramente racional” (Vagostello, 1997, p. 9).

Programas de extensão universitária desde os primeiros anos da graduação, como a Bandeira Científica ou a iniciação científica, e a atuação em ligas acadêmicas citadas pelos entrevistados, portanto, merecem atenção nas discussões sobre educação médica. Sabe-se que muitas ligas abrem oportunidade de aproximação com a prática e há maior participação em ligas nos primeiros anos de graduação (Hamamoto, 2010). Relaciona-se essa aspiração por atividades práticas ao desejo de usar as habilidades cedo e ser mais rapidamente reconhecido socialmente como profissional. As ligas são recomendadas não apenas para o desenvolvimento acadêmico, mas também o exercício da cidadania (Torres et al, 2008).

Desde o quadro dos direitos humanos e com base na motivação para este estudo, o exercício de cidadania de futuros médicos deveria significar sua participação para que pudessem diminuir o racismo, os machismos e sexismos, e a discriminação com base em qualquer marcador de diferença.

8. Palavras Finais

Finalmente, fazer política é saber fazer escolhas. E as escolhas que os poderes que compõem o Estado brasileiro fizeram na área da saúde sempre mantiveram os negros à margem do acesso aos direitos, mesmo quando esses direitos eram declarados universais. São diversos os desafios que se colocam para a reconstrução das práticas de saúde, de modo a diminuir a discriminação por raça e gênero no acesso ao direito à saúde. Não se pretendeu solucionar os desafios, mas apontar caminhos para uma melhor compreensão de como os marcadores sociais da diferença e os determinantes sociais no processo saúde e doença participam na prática ambulatorial cotidiana e na formação do grupo de médicos estudados.

Várias estudos têm abordado a relação médico-paciente, sob diferentes perspectivas (Guimarães, 2005; Sucupira, 1982). Contudo, a área médica ainda carece de livros didáticos sobre o assunto dirigidos aos alunos. Pensando nos aspectos que devem ser considerados na formação, o currículo configura-se como “instrumento privilegiado de construção de identidades e subjetividades”, instrumento que é uma janela desperdiçada no caso do tema abordado neste estudo (MOREIRA, 1997, p. 11).

Boaventura de Souza Santos (1995), embora negue o caráter universal dos direitos, estabeleceu dois imperativos interculturais ou dois princípios maiores. O primeiro diz que "das diferentes versões de uma dada cultura, deve ser escolhida aquela que representa o círculo mais amplo de reciprocidade dentro dessa cultura, a versão que vai mais longe no reconhecimento do outro"; o segundo, afirma que "as pessoas e os grupos sociais tem o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza".

Nessa mesma direção sentido, assenta Daniela Ikawa que:

O princípio formal de igualdade, aplicado com exclusividade, acarreta injustiças (...) ao desconsiderar diferenças em identidade. (...) Apenas o princípio da igualdade material, prescrito como critério distributivo, percebe tanto aquela igualdade inicial, quanto essa diferença em identidade e contexto. Para respeitar a igualdade inicial em dignidade e a diferença, não basta, portanto, um princípio de igualdade formal. (...) O princípio da universalidade formal deve ser oposto, primeiro, a uma preocupação com os resultados, algo que as políticas universalistas materiais abarcam. Segundo deve ser oposto a uma preocupação com os resultados obtidos hoje, enquanto não há recursos

suficientes ou vontade política para a implementação de mudanças estruturais que requerem a consideração do contexto, e enquanto há indivíduos que não mais podem ser alcançados por políticas universalistas de base, mas que sofreram os efeitos, no que toca à educação, da insuficiência dessas políticas. São necessárias, por conseguinte, também políticas afirmativas.

(...) As políticas universalistas materiais e as políticas afirmativas têm (...) o mesmo fundamento: o princípio constitucional da igualdade material. São, contudo, distintas no seguinte sentido.

Com base nessas diretrizes, é possível estabelecer diálogos na saúde que garantam a universalidade e a não-discriminação, mas também respeitem a diferença. Essa é a concepção hermenêutica com que se sugere trabalhar na formação médica.

Os resultados da pesquisa não objetivaram apontar culpados por racismo ou sexismo, o propósito foi trazer à luz a influência que os determinantes sociais têm na vida dos médicos e dos pacientes; apontar os efeitos que o silêncio sobre determinantes sociais provocam na manutenção das desigualdades para, a partir disso, pensar estratégias que permitam a efetivação dos princípios do SUS e direitos. A disseminação destes e de outros resultados, portanto, será cuidadosa e espera-se que enriqueça a formação médica e de outros profissionais de saúde e permita provocar discussão e inovação. Especialmente porque a equipe de pesquisa não incluiu nenhum médico.

A história de luta pelos direitos humanos não é uma história de vencidos e vencedores, é uma história de batalhas com vitórias e derrotas, avanços e retrocessos diários. Há poucos dias, assistiu-se o Supremo Tribunal Federal (STF) reconhecer por unanimidade a constitucionalidade do sistema de cotas raciais para ingresso em universidades. Uma grande vitória dos movimentos sociais em prol da igualdade racial!

Outras batalhas virão, mas como afirmou o Ministro Joaquim Barbosa, único negro a integrar o Supremo: “Na história não se registra na era contemporânea nenhuma nação que tenha se erguido da condição periférica à condição de potência política mantendo no plano doméstico uma política de exclusão, aberta ou dissimulada, pouco importa, em relação a uma parcela expressiva de sua população”.

Referências bibliográficas

AYRES, JCRM. (2001) **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*; 68:72.

AYRES, J.R.C.M. **Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones**. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública (Univ. Antioquia)*, v. 20, n. 2, p. 67-82, 2002.

_____. (2005) **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560.

_____. (2009) **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO. 282 p.

_____; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI, Filho HS. (1999) **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: BARBOSA, R; PARKER, R (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34. p. 49-72.

_____; Paiva et al. (2006) **Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade**.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética**. 5. ed., rev. e ampl. São Paulo: Loyola, 2000.

BARROS, P.M. de. (1998) **Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV(3): 411-459 nov.1997 - fev.

BASTOS, João Luiz Dornelles (2010). **Desigualdades “raciais” em saúde: medindo a experiência de discriminação auto-relatada no Brasil**. Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

BARBOSA et al, Genário Alves. (2007) **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 220p.

BATISTA LE. (1997) Há relação entre a raça/etnia e a informação em saúde reprodutiva? **Nas trilhas da Pesquisa**; 7: 37-54.

_____. Batista, Luís Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. – Araraquara, 2002. [Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras]

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. 2002. 185f. Tese [Doutorado – Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevista e grupos** / José Bleger: tradução de Rita Maria de Moraes; revisão de Luis Lorenzo Rivera. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

CAMACHO, Luiza Mitiko Yshiguro (1993). **As relações entre as culturas japonesa e a educação dos nipo-brasileiros: um estudo dos elementos influenciadores do desempenho escolar dos descendentes de japoneses**. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, Programa de História e Filosofia da Educação.

CAPPELLIN, Paola (2005). **As experiências dos Núcleos na promoção da igualdade de oportunidades e combate à discriminação no emprego e na ocupação**. 1. ed. Brasília: Organização Internacional do Trabalho. v. 1. 252 p.

CAPRARA, A. et al. (1999) **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3):647-654, jul-set.

CAPRARA, A., Rodrigues J & Montenegro, B. J. (2001) **Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil**. Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services, Londrina.

CAPRARA, A. & Rodrigues, J. (2004). **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):139-146.

CARONE, I & BENTO, MAS, orgs. (2003). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes.

CARONE, I (2007). **Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira**. In: CARONE, I.; BENTO, MA da S. (orgs). (2002). *Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes, p.13-24.

CHUN, Ki-Taek (1983). **The myth of Asian American success and its educational ramifications**. In: NAKANISHI, D. & NISHIDA, T. Y. *The Asian American educational experience: a source book for teachers and students*. New York, Routledge, 1983, pp.95-111

COIMBRA Jr. C, Santos RV. (2000). **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva; 5:125-32.

COSTA, J. F. (1980). **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 3ª edição revisada. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

COSTA, A. O.; Amado, T (orgs) (1994). **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina** – São Paulo: Prodir/FCC – Rio de Janeiro: Ed. 34.

CROCHÍK, J. L (2006). **Preconceito, indivíduo e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 3ª edição.

CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**, 2ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

CYRINO, Eliana Goldfarb and TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. (2004). **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.20, n.3, pp. 780-788. ISSN 0102-311X.

DELGADO, D. G; Paola CAPPELLIN; SOARES, V. (2002). **Mulher e trabalho. Experiências de ação afirmativa.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2002. v. 1. 139 p.

DESLANDES, S. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.

Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001.

DONNANGELO, M. C. F. (1975). **Medicina e Sociedade.** Pioneira.

FRANKENBERG, R. (1993). **White women, race matters: the social construction of whiteness.** USA: University of Minnesota.

FERNANDES, J. C. L. **Who Cares How Doctors and Patients Relate?** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FLEURY, Sonia & VIEIRA, Marcelo Milano (2009). **Determinantes sociais da saúde: Desigualdades injustas no acesso e utilização dos serviços de saúde.** Fundação Getúlio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa - Programa de Estudos sobre a Esfera Pública – PEEP.

GADAMER, H. G. Mistério da saúde. (1997) In: _____. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina.** Lisboa: Edições 70. p. 101-111.

_____. (1996). **Verdad y método: fundamentos de una hermenêutica filosófica.** Salamanca: Sigueme.

GLEZER, Raquel. **O Campo da história.** *Cadernos de História de São Paulo: Os campos do conhecimento e o conhecimento da cidade*, São Paulo, Museu Paulista da Universidade de São Paulo, no. 1, 1992.

GONÇALVES DA SILVA, C.; SANTOS, A. DE O. ; LICCIARDI, D. C. ; PAIVA, V. (2008). **Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez.** *Psicologia em Estudo*, v. 13, p. 683-692.

GUIMARÃES, Antonio Sergio A. (1999). **Racismo e Antirracismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora 34.

GRUSKIN, Sofia et al (2004). **Perspective on health and human rights.** New York and London: Routledge.

GRUSKIN S. & TARANTOLA D (2008) **Pragmatic pathways to universal access: leadership, equity, accountability and partnerships in HIV prevention and care.** AIDS, 22 (Suppl 2), 1-2.

KALCHMAN, S et al. (2007) **Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?** Saúde Sociedade, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LAGUARDIA, J. (2004) **O Uso da Variável "Raça" na Pesquisa em Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2): 197-234, 2004.

LE FANU, J. (2000). **The rise and fall of modern medicine.** Carroll & Graf, Londres.

LEAL, MC et al. (2005). **Desigualdades raciais, Sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Revista Saúde Pública; 39(1):100-7.

LOPES, F. (2003). **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades.** 2003. 175f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOPES, F. (2010). **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil.** In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.

LUIZ, R. R. e BAHIA, L. (2009). **Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 689-698. Epub July 17, 2009. ISSN 0034-8910.

MACHADO, Maria Helena (coord). (1997) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** / coordenado por Maria Helena Machado, - Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

MARINHO, Alexandre; Cardoso, Simone de Souza; e, Almeida, Vivian Vicente. (2011). **Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor.** IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica

MILLAN, Luiz Roberto. (2005) **Vocação médica: um estado de gênero.** São Paulo: Casa do Psicólogo – Coleção temas de psicologia e educação médica.

MOORE, H. (1997). **Compreendendo Sexo e Gênero.** Tradução de Júlio Assis para uso didático. Do original "Understanding Sex and gender". In Tim Ingold (ed). Companion Encyclopedia of Anthropology. London: Routledge.

MOREIRA, A. F. B. (Org.). (1997) **Currículo: questões atuais.** Campinas, SP: Papirus.

MOTA, A. (2005) **Tropeços da Medicina Paulista entre 1892-1920.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

ODA, A. M. G. R. (2003). **Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues**. Tese (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

PAIVA, V. (2006). Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: **Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina**. Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny (org). Lima, FASPA/UPCH. 1ª edición. ISBN 9972-806-25-1.

PAIVA, V. (2008). **A psicologia redescobrirá a sexualidade?**. Psicologia em Estudo, v. 13, p. 641-651.

PAIVA, V.; GARCIA, J. ; SANTOS, A. DE O. ; TERTO JR., V. ; MUNOZ-LABOY, M. (2010) . **Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using human rights based approach**. Global Public Health (Print), v. 5, p. 280-294.

PAIVA, V., Ayres, J. R. C. M., & Gruskin, S. (2010) **Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship**. In P. Aggleton, & R. Parker (Eds). *The Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge/Taylor and Francis.

PATTO, Maria Helena Souza. **Para uma crítica da razão psicométrica**. São Paulo, **Psicologia USP**, v. 8, n.1, 1997, p. 47-62.

PERPÉTUO, I.H.O. (2000) **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva**. *Jornal da RedeSaúde*; 22: 10-16.

PIZA, E. **Porta de vidro: uma entrada para branquitude**. In: CARONE, I.; BENTO, MA da S. (orgs). (2002). *Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes, p.59-90.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil, 2003**. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 31 dezembro 2010

RIOS, I. C. (2010) **Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em Medicina**. Tese de Doutorado - Programa de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RISTOW, A. M. (2007) **Formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular**. Curitiba. Dissertação de Mestrado – setor de Educação, Universidade do Paraná.

ROHDEN, Fabíola. (2001) **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

SANTOS, I. A. A. (2009). **Direitos Humanos e as práticas de racismo: o que faremos com os brancos racistas?** Tese de Doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília, Brasília.

SANTOS, B. S. **Por Uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos.** www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura_dh.htm acessado em 30 de março de 2012.

SANTOS, M. C & MOTA, A. (2010). **São Paulo 1932: memória, mito e identidade.** São Paulo: Alameda.

SATO, L. (2003). **Apresentação Arackcy Martins Rodrigues.** In Rodrigues, A. M. (Aut). *Indivíduo, Grupo, Sociedade.* Estudos de Psicologia Social. São Paulo: EDUSP.

SCHRAIBER, L. B. (2008). **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

_____. (1993). **O Médico e seu Trabalho – Limites da Liberdade.** São Paulo: Editora Hucitec.

SCHUCMAN, Lia Vainer. (2010). **Racismo e Antirracismo: a categoria raça em questão.** *Psicologia Política*, 10(19), 41-55.

SCHUCMAN, Lia Vainer. (2012) **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana.** Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo.

SCHWARTZ, L. M. (1996). **As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XIX. O contexto brasileiro.** In: SCHWARTZ, L. M.; QUEIROZ, R. S. (Org.). *Raça e Diversidade.* Queiroz: EDUSP, 1996. p. 147-185.

SCOTT, J. (Jul/dez 1990). **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** In: Lopes, Eliane Marta Teixeira e Louro, Guacira Lopes. **Educação e Realidade. Número Especial Mulheres e Educação.** Porto alegre, vol. 15, n.2. PP 5-22.

_____. (1994). **Preface a gender and politics of history.** Cadernos Pagu, nº. 3, Campinas/SP.

SOVIK, Liv. (2004). **Aqui ninguém é branco: hegemonia branca e media no Brasil.** In: WARE, V. (org.). (2004) Tradução de Vera Ribeiro. **Branquidade: identidade branca e multiculturalismo.** Rio de Janeiro: Garamond.

SPINK, Mary Jane P (2007). **Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias em Psicologia Social.** In: *Psicol. Soc.*, v.19, n.1.Porto Alegre.

STEPAN, N. L. (2005). **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SUCUPIRA, Ana Cecília. (2007). **A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde.** *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.23, p.619-35, set/dez.

VALLADARES, Licia. **Os dez mandamentos da observação participante**. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2007, vol.22, n.63, pp. 153-155. ISSN 0102-6909.

VAGOSTELLO, Lucilena. (1997). **A ideologia involuntariamente sincera**: uma análise da literatura científica inspirada em A Personalidade Autoritária nos últimos 16 anos 1980-1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

VENTURI, G. (2010). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Fundação Perseu Abramo.

VYGOTSKY, L. S. (1996). **Os métodos de investigação reflexológicas e psicológicas**. In L. S. Vygotsky (org). teoria e método em psicologia. São Paulo: Martins Fontes.

WARE, V. (org.). (2004) Tradução de Vera Ribeiro. **Branquidade: identidade branca e multiculturalismo**. Rio de Janeiro: Garamond.

WERNECK, J. et al., orgs. (2005). **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CEBES (2009). Teses do CEBES: contribuição para o debate. TEMA: Determinantes Sociais. Estas teses resultam de um debate em grupo, realizado no Simpósio Política e Saúde, promovido pelo CEBES e que foi provocado por um texto base, de autoria da diretoria da entidade.

CRIOLA. Saúde da população negra – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro, 2010 Disponível em: http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf acessado em 20 de janeiro de 2012.

IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO RACISMO INSTITUCIONAL. Instituto AMMA Psique e Negritude/Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Disponível em www.combateaoracismoinstitucional.com acessado em 13 de março de 2011

MARINHO, Alexandre; Cardoso, Simone de Souza; e, Almeida, Vivian Vicente. (2011). Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1629_WEB.pdf acessado em 24 de janeiro de 2012.

VENTURI, G. (2010). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es> acessado em 20 de abril de 2011.

ANEXOS

ANEXO I

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1. Nome: :.....

Documento de identidade nº : Sexo : F ☐ M ☐

Data nascimento:/...../.....

Endereço Nº Apto:

Cidade

CEP:..... Telefone: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do protocolo de pesquisa: A perspectiva de médicos e residentes em especialidades básicas sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial.

2. Pesquisadora: Mafoane Odara Poli Santos

Cargo/função: Mestranda do Programa de Psicologia Social/USP.

Orientadora: Prof.Vera Paiva IPUSP.....

Unidade do HCFMUSP:

3. Avaliação do risco da pesquisa:

Risco mínimo X Risco médio ☐

Risco baixo ☐ Risco maior ☐

4. Duração da pesquisa : 6 meses.....

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Procedimento da Pesquisa

Este é um estudo sobre a influência dos determinantes sociais na relação médico-paciente. Caso você decida participar, será convidado a conceder uma entrevista que abordará: 1) o seu perfil e escolha profissional; 2) conhecimentos e contato com os determinantes sociais durante a formação; 3) Fatores relevantes para uma boa relação médico-paciente; 4) Conhecimento sobre Direitos Humanos em saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e, 5) experiências vividas ou observadas que descrevam o impacto da cor, do sexo e outros determinantes sociais dos pacientes na relação médico-paciente e nas experiências de cuidado.

A entrevista terá a duração média de 30 minutos e acontecerá no lugar da sua escolha. As entrevistas serão gravadas com a sua permissão, e você pode pedir ao(a) entrevistador(a) para desligar o gravador quando você quiser, ou para desgravar partes da entrevista, sem que isso afete a sua participação na pesquisa. As entrevistas gravadas serão transcritas e somente os pesquisadores autorizados poderão escutá-las ou ler as transcrições, para uso na pesquisa.

Riscos

A participação nesse estudo não implica em nenhum risco ou a abordagem de questões íntimas. Se você sentir algum desconforto para responder sobre suas percepções e experiências fique à vontade para sinalizar. Para proteger a confidencialidade, todas as formas de gravação, transcrição, e questionário serão identificados apenas pelo número da entrevista. Informações sobre você e a sua instituição serão tratadas como estritamente confidenciais, a instituição jamais será nomeada em publicações resultantes do estudo. Quando o resultado da pesquisa for publicado ou apresentado todos os nomes serão trocados.

Benefícios

Os benefícios dessa pesquisa são de ordem acadêmica. Os resultados deste estudo poderão ter impacto em currículos dos cursos de medicina, políticas públicas, iniciativas da saúde pública e de mobilização social dirigidas à saúde da população.

Reembolso

Não haverá reembolso e ofereceremos água e uma alimentação leve durante as entrevistas.

Confidencialidade

As informações obtidas durante este estudo serão guardadas em rigorosa confidencialidade, sob responsabilidade da coordenadora dessa pesquisa. Embora todo esforço razoável seja feito para proteger a confidencialidade de seus registros, não podemos garanti-lo. Por lei, representantes da instituição a qual a pesquisadora-chefe está ligada (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo), assim como o Conselho Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) no Brasil, entre outras autoridades, podem inspecionar esses registros e arquivos.

Participação Voluntária

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode recusar-se a participar, ou decidir se desligar da pesquisa em qualquer momento. Ao assinar esse termo de consentimento você não abre mão de nenhum de seus direitos legais.

Informações Adicionais - Perguntas

Caso você tenha alguma pergunta adicional, por favor, faça, tentaremos responder da melhor forma possível. Caso você tenha alguma pergunta adicional no futuro, você poderá procurar a coordenadora do projeto, Vera Paiva, que pode ser encontrada no endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco A – sala 117 - Telefone(s): (11) 3091- 4362

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **A perspectiva de médicos e residentes em especialidades básicas sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial.**

Eu discuti com (nome da/o entrevistador/a) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura

----- Data / /

Assinatura da testemunha

Data / /

ANEXO II

Roteiro de entrevista (semi estruturada) com médicos preceptores

I. PERFIL

- 1) Qual a sua idade:
- 2) Qual o seu sexo: () masculino () feminino
- 3) Qual a sua cor (aberta):
- 4) Se você tivesse que definir sua cor/raça/etnia dentro da classificação do IBGE, você seria:
() branco/a () preto/a () pardo/a () amarelo/a () indígena
- 5) Até o 3º ano do ensino médio, você estudou a maior parte do tempo em:
() escola pública () escola privada
() misto entre escola pública e privada
- 6) Como foi que você chegou até a medicina? Conte um pouco de sua escolha profissional?

II. SOBRE A FORMAÇÃO

- 1) Onde você fez a sua graduação?
- 2) Residência médica:
() Clínica médica () Cirurgia geral () Ginecologia e obstetrícia
() Pediatria () Medicina preventiva () outro: _____
- 3) O que você considera ter sido mais relevante ou mais significativo para sua formação durante o período de graduação? Fique a vontade para responder sobre qualquer aspecto.*
- 4) Algum tema social foi abordado durante a sua formação ou estágio?
- 5) Quais dos seguintes temas sociais foram trabalhados durante a sua formação ou estágio?
() Pobreza. De que forma?
() Gênero dos pacientes. De que forma?
() Cor/raça/etnia. De que forma?
() Religião dos pacientes. De que forma?
- 6) No Brasil, muitos dos cargos representativos como senadores, deputados e vereadores são de formação médica. Você acha que tem alguma razão para isso?

- 7) Quando você começou a ter contato com o hospital? Quais foram os maiores aprendizados nesse novo ambiente de trabalho? Quais foram as vivências diferentes que você teve no contato com pessoas diferentes? Com que pessoas você passou a conviver?

III. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

- 1) O que você elencaria como componentes importantes para uma boa consulta?
2) Em uma consulta, qual o grau de influência sob cada um dos aspectos abaixo:

		<i>Influencia muito</i>	<i>Influencia</i>	<i>Influencia pouco</i>	<i>Não influencia</i>
2.1	Lugar e as condições de atendimento				
2.2	Fatores psicológicos do paciente: As expectativas, medos, ansiedades				
2.3	Experiências anteriores do paciente com outros médicos				
2.4	Primeiras impressões sobre o paciente				
2.5	Seus fatores psicológicos (médico): estresse, ansiedade, frustração etc				
2.6	Sua experiência profissional com a doença ou agravo relatado				
2.7	A qualidade de sua comunicação com o paciente				
2.8	Conhecimento do paciente sobre a doença ou agravo relatado				

- 3) Quais as características de um bom paciente?

IV. SOBRE INTEGRALIDADE E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

- 1) Em uma situação de pressão, quais são os fatores que influenciam na escolha de que paciente atender?
- 2) Qual foi a ação mais criativa que você fez?
- 3) Para a pesquisa é muito importante saber como é a sua vida cotidiana e quais são as condições para o exercício da sua profissão de forma ideal. Traga uma cena (como uma cena de novela, um filme) que você tenha presenciado, ouvido falar ou vivenciado sobre boas experiências de cuidado. (Explore: A que horas isso aconteceu? Quem são as pessoas que compõem essa cena? O que as pessoas estão fazendo? O que elas disseram? O que as pessoas estavam sentindo no momento?)
- 4) Agora imagine se essa pessoa fosse:
- () mulher / homem
- () negra / branca
- () homossexual / heterossexual
- () classe baixa / classe alta
- () pessoa em conflito com a lei
- 5) Agora traga uma cena (como uma cena de novela, um filme) que você tenha presenciado, ouvido falar ou vivenciado sobre más experiências de cuidado. Como são as pessoas fisicamente e os principais comportamentos percebidos nessa relação? (Explore: A que horas isso aconteceu? Quem são as pessoas que compõem

essa cena? O que as pessoas estão fazendo? O que elas disseram? O que as pessoas estavam sentindo no momento?)

6) Agora imagine se essa pessoa fosse:

() mulher / homem

() negra / branca

() homossexual / heterossexual

() classe baixa / classe alta

() pessoa em conflito com a lei

7) O que você entende por atenção integral? Você pode dar algum exemplo concreto que você presenciou ou ouviu falar de atenção integral?

8) Vou citar alguns aspectos sociais e quero saber se, na sua experiência profissional médica hoje, você observa em relação alta, uma relação baixa ou não observa relação entre a ocorrência de agravos em saúde (ou maior risco às doenças) e:

	Relação alta	Relação baixa	Não existe relação
6.1. Local de moradia			
6.2. Nacionalidade da pessoal			
6.3. Orientação sexual da pessoal			
6.4. Sexo da pessoa			
6.5. Pertencimento étnico-racial			
6.6. Religião			
6.7. Classe social da pessoal			

9) Traga um exemplo que você tenha presenciado, ouvido falar ou vivenciado um atendimento que mostre porque a relação entre sexo da pessoa é alta ou baixa? Que a nacionalidade da pessoa é alta ou baixa; que mostre porque a relação entre pertencimento racial é alta ou baixa. (retomar todos os itens que a pessoa colocou, uma alta relação entre o tema e agravo em saúde).

10) Você considera que há pesquisas e evidências suficientes com relação a cada um desses determinantes sociais que podem ser compartilhadas na formação médica (retomar cada um)?

V. Contato com as relações raciais e relações de gênero

1) Quando foi a primeira vez que você se percebeu homem/mulher? O que significa ser homem/mulher para você? Ou o que torna você homem/mulher? 2) O que leva as pessoas a se definirem como _____ (acrescentar a cor dependendo da resposta anterior)?

3) O que significa ser homem/mulher (o oposto do entrevistado/a) para você?

- 4) Durante a sua formação e no hospital quais são as coisas mais comuns que você ouve sobre mulheres? E sobre homens? (uma pergunta de cada vez!)
- 5) Como seu sexo interfere no atendimento e na relação médico paciente?
- 6) Quando foi a primeira vez que você se percebeu _____ (usar o termo respondido na pergunta 4)? Conte-me como isso aconteceu? Como você se sente ou sentiu sendo branca(o)? (Explorar se o/a entrevistado/a disser que é normal)
- 7) Você alguma vez já se sentiu prejudicada por causa da sua cor?
- 6) Você alguma vez já se sentiu beneficiada por causa da sua cor?
- 8) O que significa ser negro/branco (o oposto do entrevistado/a) para você?
- 9) Você acha que se tivesse uma outra cor poderia ser beneficiada ou prejudicada? (Explorar de que forma seria diferente, trazer exemplos)
- 10) Durante a sua formação e no hospital quais são as coisas mais comuns que você ouve sobre brancos? E sobre negros? E sobre orientais? (uma pergunta de cada vez!)
- 11) Como a sua cor interfere no atendimento e na relação médico paciente?
- 12) Segundo a Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, de 2005, 88% dos médicos e médicas eram brancos e essa proporção permaneceu estável nos anos estudados. Qual a razão para isso?
- (Dados importantes: negros são 33% são de classe média; orientais são 1% da população brasileira e 10% entre os médicos)
- 13) Apresentarei algumas afirmações, construídas em espaços acadêmicos. Gostaria de saber se você concorda plenamente, concorda pouco, discorda pouco ou discorda plenamente dessas afirmações:

	Concorda plenamente	Concorda pouco	Discordo pouco	Discordo Plenamente
Profissionais de saúde podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade social de alguns grupos populacionais.				
Médicos, com uma certa frequência, afirmam que é possível diagnosticar pacientes sem tocar.				
Qual a importância do toque na consulta? Qual o tipo de toque é mais significativo para você? Qual o toque você percebe que os pacientes mais sentem falta?				
Erros de diagnóstico são frequentes, mas médicos devem ser cuidadosos ao expor erros de outros profissionais.				
A discriminação está presente em todos os setores da vida brasileira. Convivemos com ela na saúde.				
Agora lembre-se de uma cena de discriminação que você presenciou. O que aconteceu? Que mudanças institucionais você proporia para mitigar, diminuir a discriminação que você indicou/observou em tal ou qual cena? O que você fez ou gostaria de ter feito para reverter a situação?				
O fato da mudança de sexo estar regulamentada torna a relação de médicos com travestis e transexuais mais aberta e mais fácil.				
Mulheres buscam mais o serviço de saúde que os homens.				

Por que você concorda/discorda?				
Negros e latinos sentem menos dor que orientais.				
Por que você concorda/discorda?				
As mulheres sentem menos dor que os homens.				
Por que você concorda/discorda?				
Negros e negras adoececem menos por serem mais resistentes fisicamente.				
Por que você concorda/discorda?				
Mulheres negras peregrinam mais em busca de local para o parto, têm pior pré-natal e proporções maiores delas não recebem anestesia.				
Esse dado é de uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a Prefeitura do Rio de Janeiro, com 10.000 mulheres. Ao que se deve essa discriminação?				
Médicos atendem de formas diferentes homens e mulheres.				
Médicos atendem de formas diferentes brancos e negros.				
Por que você concorda/discorda?				
Médicos atendem de formas diferentes pessoas em conflito com a lei.				

VI. Considerações finais

1) Quando você trouxe os elementos importantes de uma boa consulta, você destacou o papel central e primordial do médico. Considerando que cada paciente é único, e muitos detalhes da relação médico-paciente não necessariamente foram ensinados na faculdade, o que você não aprendeu na faculdade, mas ensina para os residentes sobre ser um bom médico?

2) Para encerrar gostaria que você comentasse o aspecto que chamou mais a sua atenção nessa pesquisa? Você considera que algum dos pontos que conversamos contribuiu para aprimorar sua atuação como profissional?

3) Pretendemos transformar esses temas de entrevista em um questionário aplicado aos residentes, você teria alguma sugestão?