

O processo de incorporação da identidade do cirurgião: etnografia do ensino em centro cirúrgico

DOI: 10.12957/irei.2023.73625

Nathalia Ramos da Silva¹
Rachel Aisengart Menezes²

Resumo

Este artigo objetiva apresentar e refletir sobre o processo de transmissão de conhecimentos e habilidades técnicas para residentes de cirurgia geral em um hospital público universitário na cidade do Rio de Janeiro. A partir de etnografia em centro cirúrgico – setor em que os residentes aprendem, na prática, como conduzir uma cirurgia –, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com observação participante totalizando 137 horas, com entrevistas com cirurgiões, professores e residentes em cirurgia. As interações entre cirurgiões gerais, residentes de cirurgia geral, anestesistas, equipe de enfermagem e pacientes foram objeto de reflexão. O estudo evidenciou o processo de incorporação da identidade de cirurgião geral pelo residente, quando o estudante passa a habitar um novo mundo, adquire uma nova linguagem e um posicionamento na estrutura hierárquica do contexto institucional. O aprendizado inclui o aperfeiçoamento técnico, a incorporação de uma *performance* específica e os rituais presentes para a realização de cirurgias.

Palavras-chave

formação médica, residência, aprendizado, habilidade, cirurgia.

The incorporation of the surgeon's identity: an ethnographic study of teaching in the operating room

Abstract

This article aims to present and reflect on the process of transmission of knowledge and technical skills to general surgery residents at a public university hospital in Rio de Janeiro. Based on the ethnography of a surgical center – a sector in which residents learn, in practice, how to conduct surgery – qualitative research was carried out through 137 hours of participant observation, with interviews with surgeons, professors, and residents. The interactions between general surgeons, surgery residents, anesthesiologists, nursing staff,

¹ Fisioterapeuta Coordenadora UTI Adulto HUGG/UNIRIO. E-mail: nathramos@hotmail.com.

² Professora Associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ. E-mail: raisengartm@terra.com.br.

and patients were the subject of the reflection. The study demonstrated the process of embodiment of the general surgeon identity by the resident – when the student begins to inhabit a new world and acquires a new language and a position in the hierarchical structure of the medical institution. Learning includes technical improvement, the incorporation of a specific performance, and the rituals for performing surgeries.

Keywords

Medical Training, Residence, Learning, Skill, Surgery

Introdução

Aprender medicina não é somente incorporar novos conhecimentos cognitivos ou aprender perspectivas inovadoras sobre o corpo, seu funcionamento e alterações. Para Byron Good (1994, p. 64), trata-se de um processo de habitar um novo mundo, de forma profunda, vivenciada e internalizada. Segundo um estudante de medicina da Universidade de Harvard: “sinto que meu cérebro está mudando, sendo moldado de um modo específico” (Good, 1994, p. 65).

O mundo da medicina passa a ser preenchido por objetos que não integram o cotidiano. Aprender medicina é desenvolver conhecimentos desse mundo novo, o que significa a construção de um estilo de vida (Velho, 1995, p. 229) especial e a entrada em um sistema específico de realidade. O estudante de medicina aprende a ver a corpo à luz da anatomia, histologia, radiologia, entre outros referenciais. O corpo é hierarquizado, revelado em detalhes, renovadamente constituído como um corpo médico, distinto daqueles com os quais interage no cotidiano.

A intimidade com esse corpo é construída a partir de um horizonte inovador, em um conjunto organizado de percepções e respostas emocionais. As doenças são ensinadas como protótipos, com mecanismos e características peculiares. As atividades de cura buscam transformar esses objetos, mediante propostas terapêuticas (Good, 1994, p. 73). Seja qual for a especialidade, é preciso aprender a olhar, escrever e falar, para transformar pessoas doentes em pacientes. O aprendizado da comunicação escrita e oral é orientado pelo universo ao qual o estudante ou o médico se dirige: se profissionais ou enfermos e seus familiares. No projeto pedagógico do ensino para se tornar médico, o paciente é configurado e construído como projeto médico.

Good (1994, p.77) nomeia práticas formativas esses processos vivenciados pelos estudantes de medicina. Não são simplesmente representações, mas formas poderosas de ação, pois conduzem a intervenções: a educação médica autoriza práticas clínicas ou cirúrgicas. Entre as possibilidades dirigidas à cura ou controle de doenças, desde seus primórdios, a biomedicina (Camargo Jr., 2003, p. 101) se estruturou em duas grandes áreas: clínica e cirúrgica. A partir do processo de incorporação da identidade de médico, o estudante escolhe seu campo de atuação, de modo que essa configuração identitária é refinada e modelada, segundo as peculiaridades da especialidade.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina (2014), os conteúdos devem estar relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade no cuidado à saúde. O interno deverá acompanhar as diversas áreas da Medicina: 30% na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, e 70% na Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental.

O estudo³ no qual o artigo se baseia visou apreender como se dá, na prática cotidiana, a transmissão de conhecimentos e habilidades técnicas ao residente de cirurgia geral em uma unidade hospitalar, com ênfase no processo de construção e incorporação da identidade de cirurgião do residente. Para tanto, foi empreendida etnografia em hospital público universitário, com foco no processo de aprendizagem da técnica para a realização de cirurgias, com observação de aulas, procedimentos e cirurgias no centro cirúrgico (CC)⁴. A investigação está inserida em dois horizontes de reflexão: o primeiro é constituído pelo conjunto de pesquisas voltadas à compreensão da dinâmica das classificações, das instituições médicas e serviços de saúde – o hospital, em ambiente específico, o centro cirúrgico. O segundo horizonte é concernente à produção analítica dirigida à formação e especialização médica, em especial, à residência médica. O artigo se baseia em literatura clássica das Ciências Sociais sobre a formação médica (Becker, 1961; Good, 1994; Machado, 1997; Menezes, 1998; Bonet, 2004; Prentice, 2013; Medeiros, 2016), além da abordagem com temas que emergiram na etnografia.

A pesquisa foi desenvolvida em unidade hospitalar da cidade do Rio de Janeiro, que é referência em Residência em Cirurgia Geral. Após conversa e assinatura de carta de concordância para realização da pesquisa pelo chefe da Cirurgia Geral, do consentimento do diretor do hospital e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, a entrada em campo etnográfico transcorreu sem dificuldades. A observação foi realizada de março a novembro de 2018, totalizando 137 horas em campo operatório, em sessões clínicas, enfermarias e no setor de cirurgia geral. Após cinco meses de observação, foram realizadas entrevistas com residentes e médicos *staff*⁵ da cirurgia geral⁶.

³ O estudo foi desenvolvido no Doutorado da primeira autora, Nathalia Ramos sob orientação da segunda autora, Rachel Menezes.

⁴ A partir daqui passamos a referir o Centro Cirúrgico pela sigla CC.

⁵ Referente ao pessoal, ao corpo de assistentes, quadro de funcionários, corpo docente. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-ingles/>. Acesso em: 16 abr. 2019. O *staff* tem o vínculo como técnico administrativo na Universidade ou pode ser professor da Faculdade de Medicina. Todos desempenham as mesmas funções perante os residentes de CG, com a diferença de que os professores lecionam aulas, e os *staffs*, não.

⁶ As entrevistas foram orientadas por roteiro semiestruturado, contaram com assinatura de termo de consentimento informado. Todos os nomes citados são fictícios, para garantia de sigilo dos observados e entrevistados. Plataforma Brasil: CAAE: 78581917.8.0000.5286. Em 06 de dezembro de 2017.

Devido à formação profissional em fisioterapia e atuação em UTI⁷, a pesquisadora possuía conhecimentos sobre os procedimentos e com o campo de pesquisa, além de contar, em sua prática, com contato rotineiro com residentes de distintas formações e categorias, pois a equipe de UTI é multiprofissional. Nesse sentido, a familiaridade prévia da pesquisadora com o campo de observação, por um lado, facilitou o processo de apreensão dos procedimentos no Centro Cirúrgico. Assim, a partir do reconhecimento da equipe cirúrgica de que a pesquisadora é profissional de saúde, em diversas situações, foi demandada a auxiliar, como pegar um fio de sutura⁸, abrir uma luva estéril ou conectar o bisturi elétrico. Esse tipo de episódio somente foi possível porque a equipe sabia tratar-se de profissional de saúde. Por outro lado, a familiaridade com a linguagem e com o contexto acarretou, por vezes, dificuldades na análise e reflexão, de modo que foi preciso se afastar do campo de observação.

As observações ocorreram no campo operatório, em sessões clínicas, enfermarias e no setor da cirurgia geral. Como é preciso trocar de roupa para entrar no CC, e como a pesquisadora não contava com armário para guardar seus pertences, dirigia-se para o campo sempre com o menor número de objetos – jaleco, celular e chave do carro – pois a sala operatória não conta com armário. O diário de campo foi o bloco de notas do celular. As entrevistas foram iniciadas após 5 meses de observação, todas com base em roteiro semiestruturado, e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Algumas entrevistas ocorreram no CC, durante uma cirurgia, e o residente ou o profissional *staff* não estava em campo cirúrgico⁹, quando tinha tempo para conversar. Outras entrevistas foram realizadas no setor da cirurgia, local com grande circulação de profissionais e alunos, e houve muitas interrupções. Com frequência, no início da entrevista, havia certa formalidade, pelo uso de gravador. Após o término, quando o gravador era desligado, surgiam informações, e o clima tendia à informalidade.

O artigo está dividido em duas seções. Na primeira, apresentamos um histórico da residência médica e, na segunda, o processo de incorporação da identidade de um cirurgião, em três tópicos: o aprendizado de metodologias de organização para o ato cirúrgico, de técnicas e de rituais específicos da especialidade, além da aquisição de novo vocabulário e de uma linguagem, concernentes ao campo. Por fim, é apresentado o processo de incorporação da identidade de cirurgião, o “pegar mão”, condição considerada como meta do processo de aprendizagem, para realizar cirurgias. Concluimos o artigo com as considerações finais.

⁷ A primeira autora, Nathalia Ramos, realizou a pesquisa de campo sob orientação da segunda autora, Rachel Menezes. Ambas as profissionais de saúde com experiência e familiaridade com o contexto hospitalar. A primeira é fisioterapeuta e a segunda, médica.

⁸ Procedimento cirúrgico que consiste em dar pontos para costurar um ferimento ou porção de tecido orgânico. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 16 abr. 2019.

⁹ Campo cirúrgico é o espaço com maior proximidade da mesa operatória, no qual todos devem seguir o protocolo de esterilidade (para evitar contato com material não asséptico). Nas observações, a pesquisadora sempre se manteve fora do campo cirúrgico.

Residência Médica

A especialização é adotada pelas profissões para controle de novos conhecimentos da área, para assegurar monopólio do saber e da prática profissional, de modo a preservar a autonomia (Machado, 1997, p.81). Como consequência do processo de especialização, há crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas, de modo a produzir isolamento desses segmentos profissionais e desenvolvimento de formas organizadas próprias (Machado, 1997, p.30).

Para obter a especialização, surgem as residências médicas: um sistema de capacitação intensiva em serviço hospitalar, capaz de conduzir à formação integral do profissional, para desempenho responsável e eficiente (Bonet, 2004, p.53). A residência é considerada o primeiro trabalho sério, quando o recém-formado “passa a viver” no hospital. Os residentes são posicionados diante das deficiências de sua formação e preparação prática. A faculdade não fornece ao aluno todo o necessário para adquirir domínio da profissão, na prática. Certos procedimentos, acerca dos quais o aluno gostaria de receber treinamento, são tidos como “muito técnicos”, no início da carreira profissional, e são reservados para treinamento avançado posterior, na residência médica (Becker *et al.*, 1961, p.343).

Em sua etnografia em um Hospital Geral em Buenos Aires, Octavio Bonet (2004, p. 69) afirma que o ingresso na Residência marca o momento em que os residentes vivenciam novas experiências, quando a Medicina adquire novas dimensões. Essa mudança significa a entrada em um “mundo de transição”, caracterizado como a “adolescência da Medicina”, expressão que indica uma associação entre as etapas da vida e a carreira médica. A relação pode contar com dois sentidos: a adolescência como referência a somente uma das etapas da residência; assim, todo período da residência corresponderia à “adolescência da Medicina”. No primeiro sentido, a adolescência abrangeria o período intermediário da residência. A fase inicial seria nomeada de “infância”, quando é grande a confiança nos professores e *staffs*. Em seguida, a “adolescência”, marcada pela rebeldia, autoconfiança e em seus pares e, por último, a “maturidade”, caracterizada pela consciência das responsabilidades e dos limites, de maneira a se afastar da fascinação inicial, com reavaliação das interações com os médicos mais experientes (Bonet, 2004 p.69).

No segundo sentido, a relação é concernente à totalidade da vida profissional de um médico. Esse “mundo de transição”, “do hospital” ou “da residência” é caracterizado como lugar no qual é possível contar com um grupo que acompanha e dá respaldo ao recém-formado. Os residentes vivenciam experiências similares, a responsabilidade nunca é totalmente de um só, e sempre há alguém com quem aprender (Bonet, 2004, p.69).

O curso de residência médica consiste em modalidade de pós-graduação, tida como “padrão ouro” de especialização, geralmente realizada logo após a conclusão da graduação em Medicina, em hospital (Lima, 2010, p.177). Com origem nos Estados

Unidos no final do século XIX e fundamentação no princípio pedagógico de treinamento em serviço, a residência é dirigida à formação de especialistas. A importância da residência – com procura significativa e prestígio entre os médicos – é justificada pela centralidade da experiência prática do profissional, além da deficiência das escolas médicas na promoção desse exercício. Becker e Geer (1963, p.172) consideram a valorização da experiência clínica e da responsabilidade médica como aspectos relevantes para a formação médica (Machado, 1997, p.66).

Processo de incorporação da identidade

Para que um médico se torne cirurgião, é preciso incorporar algumas características para a construção de sua identidade. O residente é inserido no CC, para se familiarizar com esse território, no qual vivencia o processo de aquisição da identidade de cirurgião: o aprendizado de técnicas e de um vocabulário específico, além de rituais que integram o cotidiano cirúrgico e, em especial, a *performance* desse profissional.

a) Método, técnica e ritual

O processo de incorporação da identidade do residente em cirurgia acontece baseado na aprendizagem do método realizado dentro do CC, na aquisição da técnica cirúrgica; até o momento em que ele é estabelecido como um cirurgião, e o ritual acontece.

No CC tudo tem seu tempo, lugar e espaço. O preparo da sala para cirurgia é iniciado pela equipe de enfermagem. Os instrumentadores, circulantes¹⁰ e técnicos de enfermagem conduzem o material para a cirurgia (pinças, bisturis, afastadores, compressas, fios de suturas) do dia, naquela sala. O instrumentador prepara a mesa cirúrgica, separa e confere os instrumentos. O material é exposto sobre uma mesa de aço inoxidável coberta por um campo estéril, para que o instrumentador passe a ferramenta ao cirurgião. Esse material é organizado em grupos de utensílios semelhantes. Cada um em seu local, para evitar erros ou demora no acesso, o que pode acarretar problemas na cirurgia. O circulante monta a mesa cirúrgica para o instrumentador. Ele não abre o equipamento, só pega as bandejas. É responsável pelo consumo do material na sala, pelos possíveis problemas. Ele circula livremente, entrando e saindo da sala.

Em seguida, os anestesistas preparam as bombas infusoras de medicamentos e o carrinho de anestesia, sem o paciente na sala. Eles são responsáveis pelo encaminhamento do doente até a sala operatória. Com sua chegada iniciam a anestesia. A seguir descrevemos uma anestesia geral para cirurgia abdominal. A equipe monitoriza o paciente: frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio. Aplica o anestésico inalatório; sedação venosa¹¹; intubação orotraqueal, adapta

¹⁰ Circulante é um técnico ou auxiliar de enfermagem.

¹¹ Ato ou efeito de sedar; administração na veia. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/seda%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 19 out. 2019.

o paciente no carrinho de anestesia para ventilação. Por fim, punção de veia profunda para injeção de medicamentos para sedação; punção arterial para monitorar¹² a pressão arterial; colocação de manta térmica para manter a temperatura corporal, e compressor pneumático, para prevenir trombose venosa profunda¹³. Na cirurgia, os anestesistas ficam próximos à cabeça do doente, sentados, sem máscaras, monitorando os sinais vitais e administrando medicações. Ao terminar a cirurgia, se o paciente estiver bem, o que significa com sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial) normais, cirurgia sem intercorrências, os anestesistas interrompem a sedação, despertam o paciente, extubam¹⁴ e conduzem-no para o setor de recuperação.

Essa rotina é realizada a cada cirurgia, metodicamente, se possível sem erros. No aprendizado, o residente de cirurgia deve compreender e apreender cada etapa, para ter capacidade de avaliar o momento de ação e intervenção.

Os cirurgiões iniciam suas atividades após os procedimentos anestésicos. Quando o paciente é anestesiado, os cirurgiões recebem a notícia de que o doente está pronto. Eles podem “*degermar*”¹⁵, iniciar a assepsia. Os residentes da cirurgia geral¹⁶ iniciam os procedimentos, pois raramente a tarefa é realizada pelo *staff*. Os residentes passam a sonda vesical¹⁷, posicionam a placa do bisturi elétrico no paciente; orientam os focos de luz; ajustam a maca segundo a altura do cirurgião principal; fazem tricotomia¹⁸, se necessário; posicionam o aparelho de vídeo e realizam assepsia no local da cirurgia. A seguir, os cirurgiões escovam as mãos, vestem luvas estéreis e capotes¹⁹ estéreis. A entrada no campo²⁰ é realizada pelo *staff*, com a passagem dos campos cirúrgicos estéreis, pelo instrumentador. Os cirurgiões cobrem o paciente com os campos, expondo a região a ser operada. Um tipo de cola é usado para prender os campos. Após a colocação dos campos, o cirurgião realiza a assepsia estéril da região. O instrumentador passa as canetas do bisturi elétrico para os cirurgiões, e eles as preparam. Geralmente nesse momento é necessária ajuda de alguém de fora do campo estéril, para conectar a caneta no aparelho do bisturi elétrico.

¹² Observação e acompanhamento contínuos, por monitores, das condições clínicas do paciente, em contraste com parâmetros fisiológicos. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/monitoriza%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 19 out. 2019.

¹³ Formação e presença de trombo ou coágulo em veia profunda de um membro. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/trombose/>. Acesso em: 19 out. 2019.

¹⁴ Remoção de tubo ou sonda do paciente. Ao final da cirurgia, os anestesistas retiram o tubo orotraqueal.

¹⁵ “*Degermar*”: aplicar produto para limpeza, clorexidina degermante, solução antisséptica à base de iodo.

¹⁶ A partir daqui passamos a referir ao residente pela sigla R, acrescida pelo número de seu ano de residência: R1, R2.

¹⁷ Instrumento cilíndrico geralmente de material flexível, em forma de tubo fino e longo que se introduz no corpo para fins terapêuticos ou diagnósticos. Introduzida na uretra até a bexiga, para drenar a urina. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/sonda/>. Acesso em: 19 out. 2019.

¹⁸ Raspagem pré-operatória dos pelos.

¹⁹ Capote cirúrgico: peça de roupa que consiste num resguardo de tecido ou de TNT (tecido não tecido) de mangas compridas, amarrada na cintura, sobre uniforme cirúrgico. Serve para proteger a roupa enquanto são desempenhadas certas tarefas profissionais. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/aventail>. Acesso em: 21 set. 2018.

²⁰ “*Entrar no campo*”: participar da cirurgia com as vestimentas cirúrgicas estéreis.

Quando todos os cirurgiões estão estéreis, *staff* e residentes (geralmente um *staff* e três residentes) em campo, o cirurgião principal comunica ao anestesista o nome do paciente, idade, tipo de cirurgia, caso clínico, medicamentos em uso, alergias, hora exata e início do procedimento. No campo cirúrgico, cada um tem seu lugar: o cirurgião principal à direita do paciente; o primeiro auxiliar à esquerda e os demais auxiliares um à esquerda e outro à direita. Essa organização muda quando a cirurgia é por vídeo, pela posição do aparelho. O cirurgião principal fica à esquerda do paciente, de frente para o vídeo. O instrumentador fica ao pé do enfermo, ao lado do auxiliar à esquerda do doente, de frente para o cirurgião principal, e o anestesista próximo à cabeça do paciente. Com exceção do anestesista, todos ficam de pé, mas alguns instrumentadores idosos pedem um banco em cirurgias mais longas, de quatro a cinco horas.

Essa descrição, observada pela pesquisadora em todas as cirurgias, era sempre realizada de forma regrada, para evitar eventualidades e/ou erros. A metodologia deve ser incorporada pelo residente: troca de roupa, conduzir o paciente até a sala operatória, preparo do material, escovação das mãos, o ato cirúrgico, a posição em sala. Tais etapas compõem o processo de formação para se tornar cirurgião.

O enfermeiro plantonista do CC não permanece na sala operatória, ele é responsável pela segurança e verificação do paciente ao chegar à sala, organiza o mapa cirúrgico e a sequência de cirurgias do dia, elabora escalas das salas, indica o instrumentador e o circulante para cada sala, é responsável pelo material do dia. Ele só entra nas salas em casos de emergência, como parada cardiorrespiratória.

Após essa organização, a cirurgia é iniciada, e a técnica é exposta no ato cirúrgico. O residente entra em campo pela primeira vez, aprende a realizar o procedimento de modo minucioso, em contato direto com o paciente. O *staff* apresenta o bisturi ao residente para sutura. A passagem do bisturi, da mão do profissional *staff*, portanto hierarquicamente superior ao recém-formado, para o residente conta com uma carga simbólica, identificada como um ritual²¹. Para Segalen (2000, p. 23), os ritos são considerados como um conjunto de comportamentos individuais ou coletivos relativamente codificados, com um suporte corporal (verbal, gestual, de postura) com caráter repetitivo e forte carga simbólica para os atores e testemunhas.

Ao terminar a conduta cirúrgica, o *staff* se retira de campo, e os residentes fecham a incisão cirúrgica. Todo o material (contaminado e estéril) é recolhido e conferido pelo instrumentador e circulante; os anestesistas retiram a sedação, acordam o paciente e o conduzem para recuperação. O circulante anuncia no sistema de som do CC a conclusão da cirurgia, para que um funcionário limpe a sala. O enfermeiro confere com os cirurgiões as condições do próximo doente e solicita a próxima cirurgia.

A cirurgia conta com uma organização espacial e temporal, com métodos e rituais, desde o preparo do material, a posição dos atores sociais na sala, até a saída do paciente

²¹ Para Segalen (2000, p.23), o ritual consiste em um conjunto de atos formalizados, expressivos, detentores de dimensão simbólica. O rito é caracterizado por uma configuração espaço-temporal específica, com uso de objetos, por sistemas de comportamento e linguagem específicos, e por sinais emblemáticos cujo sentido codificado consiste em um bem comum ao grupo.

do CC. É como uma coreografia, repetida a cada ato cirúrgico, uma cena a cada ato cirúrgico.

Inserida nesse “teatro” está a ideia de “drama social” (Turner, 2015), com origem nas situações de conflito que se manifestam a partir da ruptura de uma norma social, tanto na quebra de rotina de procedimentos como no convívio entre os profissionais. Para Turner (2015, p. 62), as pessoas são condicionadas a atuar em diferentes papéis sociais para cada tipo de situação social. Desde que “se mostrem” obedientes ao conjunto de normas que controlam os diferentes compartimentos do modelo conhecido como “estrutura social”, não importa como encenam esses papéis. Turner (2015, p.145) utiliza o termo “atuar” no sentido de um modo de trabalhar; referindo-se ao papel social na vida cotidiana.

Turner (1996, p.21) afirma que os dramas sociais pretendem ligar a compreensão do processo social à estrutura social. São definidos como:

uma sucessão encadeada de eventos entendidos como perfis sincrônicos que conformam a estrutura de um campo social a cada ponto significativo de parada no fluxo do tempo [...] representam uma complexa interação entre padrões normativos estabelecidos no curso de regularidades profundas de condicionamento e da experiência social e as aspirações imediatas, ambições ou outros objetivos e lutas conscientes de grupos ou indivíduos no aqui e no agora. (Cavalcanti, 2007, p.127).

Os residentes de cirurgia geral são centrais no teatro do CC, nas interações com profissionais de saúde e cirurgiões, no processo de constituição de sua identidade como cirurgião. Segundo Berger (1973, p.228), a identidade é elemento-chave da realidade subjetiva, em uma relação dialética com a sociedade, é formada por processos sociais. Uma vez cristalizada, é mantida, modificada ou remodelada pelas relações sociais. Os processos sociais implicados na formação da identidade são determinados pela estrutura social. As sociedades têm histórias, no curso das quais emergem identidades particulares.

Turner (2015, p.96) afirma que dramas sociais acontecem em grupos vinculados por valores e interesses compartilhados por pessoas com uma história comum. Seus principais atores são aqueles para os quais o grupo tem alta prioridade. O drama social pode ser dividido em quatro fases: ruptura, crise, reparação e reintegração ou reconhecimento do cisma. Ele tem início quando a paz da vida social regular, governada por normas, é interrompida pela *ruptura* de uma regra de controle. De forma rápida e gradual, tal quadro conduz a um estado de *crise* que, se não resolvido prontamente, pode dividir a comunidade em facções e coalizões rivais. Para evitar divisão, são adotados meios de *reparação* pelos representantes legítimos da comunidade. Em geral, a *reparação* envolve uma ação ritualizada, legal, religiosa ou militar. Se a situação não retornar ao estado de crise, entra em jogo a próxima fase do drama social, com soluções alternativas. A primeira é a reconciliação das partes; a segunda o entendimento consensual de tratar-se de ruptura irremediável, seguida pela separação das partes. Como os dramas sociais suspendem a encenação usual dos papéis cotidianos, há interrupção do fluxo da vida

social. O grupo toma ciência de seu comportamento em relação aos valores. Os dramas induzem e contêm processos reflexivos, geram quadros culturais em que a reflexividade tem um lugar legítimo (Turner, 2015, p.130). Turner (1974, 1980) desenvolve a ideia de “drama social” para aludir aos processos desarmônicos com origem em situações de conflito, que se manifestam na ruptura de uma norma social, regra moral ou um costume, o que acarreta que mecanismos de reparação e reintegração entrem em ação.

No preparo para a cirurgia ou no ato cirúrgico por vezes ocorriam situações tensas, para o residente e para a equipe. Durante uma observação, Alice²² R1 auxilia a cirurgia, deixa escapar um instrumento, o *staff* Lucas “dá um tapa em sua mão”, para chamar sua atenção. Alice R1 expressa constrangimento e fica atenta à cirurgia. Todos à volta olham. Esse fato pode ser associado ao constrangimento extremo reconhecido em outros, por sinais objetivos de perturbação emocional: enrubescimento, balbucios, gaguejar, palidez, piscadelas, tremor nas mãos, movimentos hesitantes, disparates (Goffman, 2011, p.97). Sintomas subjetivos também estão presentes, como: constrição do diafragma, sensação de cambaleio, percepção de gestos forçados, sensação de tontura, boca seca e tensão dos músculos. Em casos de embaraço leve, os alvoroços visíveis e invisíveis ocorrem de forma perceptível. Apesar da máscara cirúrgica, era possível identificar na expressão da residente o constrangimento após o tapa. A situação evidencia o fato de que os demais presentes se identificam com a residente. Quando um indivíduo se encontra em situação que o incita a corar, outros também enrubescem com ele e por ele (Goffman, 2011, p.99).

Outra situação presenciada, o mesmo *staff* chama um interno²³ que observa a cirurgia, questionando a assepsia realizada por Sofia R3. A residente fica “sem jeito” e efetua o procedimento de outra maneira. O *staff* Lucas a interrompe e recomenda que não mude o modo de assepsia, insistindo que é preciso ter velocidade. Essa circunstância demonstra o constrangimento da residente perante o *staff* e o interno, ao realizar uma técnica sem certeza. A cena ilustra a ideia de Goffman (2011, p.98) acerca do indivíduo, que pode ficar alvoroçado enquanto engajado em uma tarefa sem valor para ele, com exceção de que seus interesses de longo alcance requerem que a realize com segurança, competência e diligência. Ele pode temer ser inadequado para o encargo. O desconforto será sentido na situação, não pela tarefa. Por vezes o indivíduo não será capaz de lidar com ela por estar envolvido, ansioso acerca das expectativas. A pessoa pode “estremecer”, inclusive sem outros presentes.

Na sociedade ocidental contemporânea, parecer alvoroçado pode ser prova de fraqueza, inferioridade, culpa, derrota e outros atributos não desejáveis (Goffman, 2011, p.101). O alvoroço ameaça o encontro, perturba a transmissão e recepção regulares. Quando o embaraço surge, o alvoroçado esforça-se em ocultar seu estado. São sinais de busca de ocultar o constrangimento: sorriso fixo, riso vazio nervoso, mãos ocupadas, olhar para o chão. Para a R3, ser confrontada pelo *staff* com um interno por conduta

²² Nome fictício, como todos os mencionados, para sigilo das identidades.

²³ Interno: aluno do curso de Medicina.

inadequada é sinal de fracasso, pois ela já é uma cirurgiã, em sua segunda residência de cirurgia geral, e o interno de Medicina ainda nem médico é.

Em uma cirurgia por videolaparoscopia observada, o *staff* Arthur orienta Júlia R4, a cirurgiã principal, e Sofia R3 sua auxiliar. Em certo momento, Arthur, fora do campo cirúrgico, ao telefone, grita para Júlia R4: “Olha o cólon²⁴ aí! Vai lesar o cólon!”. Júlia R4 lesa o cólon, e Arthur diz: “Essa não era a programação!”. Ele desliga o telefone e sai da sala operatória para se escovar e entrar em campo, quando começa a suturar a fístula²⁵. Júlia R4 reclama que ele faz o procedimento sem permitir que ela o faça. Arthur brinca com os residentes, fala espanhol em tom amistoso. Ele passa o bisturi para Júlia R4 terminar o ponto na fístula e imita roncoss, para expressar o tempo para concluir o procedimento. Júlia R4 diz: “Não começa!”, e ele retruca: “Não traciona a ‘tripa’!”. Quando Júlia R4 termina, ele pergunta se está com raiva dele, ela responde que não. Ele a elogia e afirma que os pontos ficaram ótimos. Essa situação representa um drama social: a crise pela lesão, a reparação quando o *staff* intervém na cirurgia para suturar a lesão, e a reconciliação entre *staff* e residente, quando ele pergunta se está chateada e, por fim, elogia, na conclusão do ato cirúrgico.

Cada membro da equipe deve confiar em seus companheiros e vice-versa, pois a interdependência une a equipe. Essa atitude é observada no ato cirúrgico, quando é preciso manter a confiança entre todos os profissionais. Goffman (2007, p.210) indica três atributos para uma equipe segura: lealdade, disciplina e circunspeção. Esses elementos estão presentes no ato cirúrgico e, na falta, há produção de um drama social.

O tempo é longo nas cirurgias, conta com preparo de materiais, do paciente, dos cirurgiões, até a ocorrência do ritual cirúrgico em si, com duração de muitas horas, quando os profissionais permanecem de pé, sem sair para comer, beber nem ir ao banheiro. Segundo os entrevistados, a adrenalina de “estar em campo” não permite mais nada, “a fome dá e passa!”. A residente Alice afirma que há adrenalina na cirurgia, associada ao risco, à combinação da intensidade com controle. No caso da cirurgia, o risco é a morte a partir de erro, sangramento, ansiedade da primeira vez em campo, razão de excitação do cirurgião na conduta. Contudo, esse sentimento não pode ser expresso. Trata-se de não demonstrar o medo, mas a “adrenalina” de operar um paciente. Em um local com tantos profissionais da saúde e tanta tecnologia, o mais alto nível da hierarquia do CC pode demonstrar medo? Como o residente de cirurgia poderia expressar medo diante do *staff*? Assim, a “adrenalina” é referida na fala da residente, bem como as horas sem comer, de pé, sem ir ao banheiro.

A “motivação” é o conteúdo ou o interesse do indivíduo em uma interação; a “forma” é o modo pelo qual aquele conteúdo passa a existir (Rezende; Coelho, 2010,

²⁴ Porção do intestino grosso.

Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=c%C3%B3lon>. Acesso em: 07 set. 2019.

²⁵ Canal patológico resultante de lesão por onde se expelle qualquer substância purulenta. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/f%C3%ADstula/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

p.45). Na cirurgia, a “motivação” é a vontade de aprender, de operar, de estar em campo. A “forma” é concernente às muitas horas em que fica de pé, não come nem vai ao banheiro. Em conversa entre Alice R1 e Helena R2, Alice relata que se preparava para dormir em casa, quando achou que se esquecera de colocar a tela em uma cirurgia. Helena comenta que já vivenciou o mesmo, e passou a fazer uma lista para não se esquecer. Essa conversa evidencia o medo da responsabilidade da residente, no ato cirúrgico.

Para que um sentimento seja expresso, é preciso que ele integre o repertório cultural de seu grupo. Um saber afetivo difuso circula nas relações sociais e imprime as atitudes que se impõem, segundo suas sensibilidades pessoais, nas diferentes vicissitudes que podem afetar suas histórias (Le Breton, 2009, p.126). A emoção não é um reflexo afetivo originado das circunstâncias, ela procede de uma implicação pessoal. Em certo grau, a atuação afetiva decorre da percepção da melhor atitude diante do público. Os sentimentos revelam-se papéis desempenhados socialmente. Toda arte do ator repousa na facilidade de fingir emoções que não sente, oferecendo sinais reconhecíveis. A emoção expressa pode estar em dissintonia com o sentir, já que a pessoa não deseja se expor e pretende responder por sinais que indicam outra situação. Pode haver vantagem em representar outro sentimento para preservação da imagem enquanto estratégia pessoal, como no caso na cirurgia, pela posição hierárquica no CC. A expressão do sentimento é, portanto, uma encenação que varia conforme a situação e a plateia. No caso dos cirurgiões, esses sentimentos são ocultados ao máximo ou “transformados” em ansiedade e adrenalina (Le Breton, 2009, p.142).

Le Breton (2009, p.145) considera que os profissionais de saúde devem ter um sólido autocontrole para lidar com as situações de sofrimento, com contato diário, para que não se deixem levar pela angústia do outro e mantenham uma atitude adequada, sem indiferença ou banalização, o que exige aptidão ao trabalho emocional e controle da afetividade pessoal.

b) Vocabulário

A língua não é só elemento para comunicação ou conhecimento, mas instrumento de poder. Quem fala busca ser compreendido, obedecido, respeitado e reconhecido. Não se fala com ou para qualquer um, o discurso supõe um emissor legítimo, dirigido a um destinatário reconhecido e reconhecedor (Bourdieu, 1994, p.160). A língua é o meio pelo qual a informação é transmitida entre médicos, pacientes e demais profissionais de saúde (Coombs et al., 1993, p.987). A linguagem é essencial na interação social humana, um dado adquirido e presente em situações sociais. É usada para socializar, transmitir padrões comportamentais, preservar valores culturais e conduzir transações em um grupo. Se o silêncio ocorre em alguma atividade social, as pessoas buscam preenchê-lo falando (Apte, 1985, p.178). A linguagem é o mais importante sistema de sinais da sociedade humana e reside na capacidade intrínseca de expressividade vocal. Só é

possível ter linguagem quando as expressões vocais são capazes de se destacar dos estados subjetivos imediatos “aqui e agora”. O cotidiano é sobretudo a vida com linguagem, que propicia interações. A compreensão da linguagem é essencial para o entendimento da realidade cotidiana (Berger, 1973, p.56).

Na Medicina, a linguagem pode ser formal ou informal. A primeira contém termos técnicos, compreendidos e usados por médicos, para serem considerados competentes por seus pares. A falha no domínio desse idioma, codificado em livros didáticos e dicionários, garante a carência do especialista. A segunda não é ensinada em sala de aula, é dinâmica, facilita o trabalho no cotidiano (Coombs *et al.*, 1993, p.987). A nova forma de falar, com o aprendizado de termos técnicos, uma linguagem própria entendida apenas entre os profissionais, é apreendida no processo de formação de um profissional de saúde, especialmente dos médicos, conforme Good (1994, p.73). Os residentes de cirurgia geral apreendem uma forma de se comunicar, tanto entre eles como entre os profissionais do CC, com a aquisição de um vocabulário específico, com termos técnicos usados no preparo das cirurgias e, por vezes, com humor para descontrair o ambiente. O estudante cria o *habitus* médico, caracterizado por Bourdieu (1994, p.15) como o conjunto de usos e formas de práticas de dado grupo social. Tende a conformar e a orientar a ação, mas, na medida em que é produto de relações sociais, tende a assegurar a reprodução dessas relações objetivas que o engendraram.

O discurso médico é prescrito e permeado pelo discurso científico, orientado pelas regras da pesquisa biomédica e confinado ao sentido das palavras, e deontológico, fundamentado na ética médica tradicional, que trata dos deveres do médico, inclusive como e quando deve se comunicar com os colegas, os pacientes e seus familiares. Entretanto, os dois discursos não expressam a totalidade do *ethos* médico. Há, também, outro campo semântico, a “gíria médica” (Peterson, 2002, p. 51).

A interação dos dois tipos de linguagem da Medicina – formal e informal – acarreta um uso frequente de gíria médica no ambiente hospitalar. Como grande parte do vocabulário técnico, cada termo de gíria médica possui um significado especial, entendido pelos profissionais da área (Coombs *et al.*, 1993, p. 987). Coombs *et al.* (1993, p. 992) observaram o uso da gíria em sua pesquisa, principalmente por aqueles que têm contato com o paciente. Os estudantes de Medicina começam a conhecer a gíria médica e passam a experimentar a tensão associada ao atendimento ao enfermo. Sentem o peso da incerteza clínica e a impotência diante da doença. Na residência também há um aprendizado de gíria.

Cabe distinguir jargão de gíria: uma das características do jargão médico é o uso da metonímia, quando se refere ao paciente não como um ser humano inteiro, mas como um órgão ou doença. Para Peterson (2002, p. 91), essa ideia facilita a concentração do médico em procedimentos que exigem atenção máxima. O jargão expressa o distanciamento necessário para amortecer a percepção de sofrimento e perda, com uso de eufemismos. É componente do discurso clínico, pode ser usado na presença de familiares e pacientes, é pouco compreensível, uma linguagem especializada, um jargão

profissional. O jargão é muito utilizado por residentes de cirurgia geral, como “hoje temos uma vesícula”, “a próxima cirurgia é um linfonodo”.

A gíria produz uma “coisificação” do paciente, torna-o desprezível e pode gerar humor. Em seu estudo sobre gíria médica na cidade do Rio de Janeiro, Peterson (2002, p.31) considera que ela é usada para manter distanciamento na relação médico-paciente, além de aliviar a tensão inerente ao trabalho médico. Ela cria significados para a postura de médicos, não apenas perante os pacientes como na aquisição do saber clínico e na relação com o sistema de saúde.

O uso de gíria pelos profissionais do CC ocorreu, sobretudo, em referência ao sistema de saúde e à carência de materiais: quando não havia escova para assepsia das mãos, Laura R4 pergunta como o *staff* Heitor havia se escovado para realizar a cirurgia, a circulante responde: “com gaze, Heitor se ‘gazeou!’”. Uma gíria utilizada relacionada ao paciente foi “barriga congelada”, quando as estruturas anatômicas permanecem aderidas, após diversas cirurgias, e não é mais possível realizar novas cirurgias, por risco de vida.

A gíria e o jargão são usados em várias ocasiões. A presença de certo *staff* não permite determinadas brincadeiras. Os residentes comportavam-se diferentemente na presença de cada *staff*, pois alguns permitiam descontração nas cirurgias, e outros não. A observação no CC evidenciou uma diferença de comportamento entre os *staffs*, em relação ao uso de gíria e jargões, e em seus relacionamentos com os residentes. O *staff* Arthur permitia brincadeiras e uso de jargão, ele era o primeiro a brincar com os residentes, falando em outro idioma, em tom de voz alto, contava histórias. O professor Diego, cirurgião renomado, sempre bem-recebido pelas equipes, com abraços, beijos, fotos, em situações descontraídas antes, durante e após a cirurgia. Nas cirurgias sob sua responsabilidade, o clima era descontraído, com risadas, jargões e gírias. Com o professor Daniel há um clima mais sério, menos brincadeiras e gíria. Os residentes evitam conversar sobre outros assuntos que não a doença e a técnica cirúrgica quando este professor está na sala cirúrgica. O uso de gíria e jargão varia conforme o *staff* presente na cirurgia.

c) Incorporação da identidade de cirurgião e “pegar mão”

No ato cirúrgico, o *staff* e os residentes atuam e demonstram diferentes *performances*. Cada profissional apresenta uma postura específica. O *staff* que entra em campo posiciona-se como cirurgião principal ou como cirurgião auxiliar de um residente. Os que não entram em campo auxiliam os residentes e controlam o procedimento. Ao final da cirurgia, permanecem em campo apenas R1 e R2, para fechamento da incisão cirúrgica. O que determina a posição em campo do residente é o porte da cirurgia²⁶. Nas de médio e grande portes, os R3 e R4 são requisitados a participar próximos do campo –

²⁶ Portes das cirurgias, segundo determinação do Sistema Único de Saúde, pelo número de horas, quantidade de anestesia e material utilizados, e não pelo tipo de cirurgia.

como cirurgião principal ou primeiro auxiliar, os R2 permanecem em campo como auxiliares, o que favorece uma visão privilegiada da cirurgia para o aprendiz. Raramente o R1 participa das cirurgias em campo, ele está fora, por trás dos cirurgiões, sobre tabladinhos, com cuidado para não contaminar o campo cirúrgico. Nas cirurgias de pequeno porte, os R1 assumem a posição de cirurgião principal, sempre acompanhados por um *staff* ou um residente mais experiente, R2, R3 ou R4.

A *staff* Luiza, em conversa informal, comenta que os residentes chegam à residência querendo “botar a mão”, e não é bem assim: é preciso olhar muito, antes de colocar a mão no paciente. Depois eles colocam a mão com supervisão do *staff*, que corrige erros. Por fim, realizar a cirurgia sozinho – “observar, participar, fazer”. O *staff* Arthur concorda com Luiza, afirma que a transmissão do conhecimento deveria ser padronizada como nos Estados Unidos. O residente deveria declamar a cirurgia antes de fazer o procedimento, para ter mais destreza. Como no hospital há poucas cirurgias, deveria otimizar o tempo de estudo, mas conclui, em tom irônico, que “os residentes nunca têm tempo para estudar, e assim fica difícil”. O *staff* entra em campo com eles, sem saber se eles estudaram a cirurgia.

A arquitetura da mente é resultado de cópia (Ingold, 2010, p.15), que não é uma transcrição automática de dispositivos cognitivos de uma cabeça para outra, mas seguir o que outras pessoas fazem. Trata-se mais de imitação do que de transcrição: copiar é um aspecto da vida de uma pessoa no mundo, envolvendo repetidas tarefas e exercícios. O iniciante olha, sente ou ouve os movimentos do especialista e busca, por tentativas, igualar seus movimentos corporais àqueles de sua atenção, para alcançar um ajuste rítmico de percepção e ação, para um desempenho fluente (Ingold, 2010, p.21).

Copiar não é um processo de transmissão de informação, mas de redescoberta dirigida, que envolve imitação e improvisação. Copiar é imitativo, ocorre sob orientação; é improvisar, uma vez que o conhecimento gerado é descoberto pelos iniciantes. Nessa concepção, segundo Bourdieu (1977, p. 95), a improvisação é “tão distante de uma criação de novidade imprevisível” como a imitação é “uma simples reprodução mecânica dos condicionamentos iniciais”. Ambas contam com envolvimento situado e atento, fundamental para um praticante habilidoso (Ingold, 1996, p.179; 2010, p.21).

O treinamento cirúrgico envolve o aprendizado de “técnicas do corpo”. Mauss (1974) argumenta que a técnica de aprendizagem começa com “imitação de prestígio”, em ações que, ainda quando estritamente físicas, são impostas por uma autoridade na qual o estagiário tem confiança: “é precisamente essa noção do prestígio da pessoa que realiza a ação ordenada, autorizada, testada em relação ao indivíduo imitador que contém todo o elemento social” (Prentice, 2013, p.165). Para Mauss (1974, p. 217), a técnica deve ser um ato tradicional eficaz, não há técnica nem transmissão sem tradição.

O processo de aprendizado por redescoberta é transmitido pela noção de mostrar, para que ela aprenda olhando, ouvindo ou sentindo. O tutor deve criar situações nas quais o iniciante é instruído a cuidar deste ou daquele aspecto do que pode ser visto, tocado ou ouvido, para “pegar o jeito” da coisa. Assim, aprender é equivalente a uma

“educação da atenção” (Ingold, 2010, p. 21). O autor salienta a importância de “pegar o jeito da coisa”, e, para isso, é fundamental o mostrar; demonstrar para alguém como se faz; é um conhecimento dirigido. Os docentes e preceptores da residência criam situações nas quais os residentes são instruídos a cuidar; mas não se ensina a cuidar dizendo que tem que tocar o paciente, senão fazendo-os ver, ouvir e experimentar que o tocar é significativo nesse contexto de cuidado. Aprende-se vendo os resultados do tocar (Bonet, 2015, p. 275). Ingold (2010) denomina “educar a atenção”, quando o preceptor busca mostrar um caminho ou indicar o que tem que se olhar (Bonet, 2015, p. 272).

Essas habilidades adquiridas são distintivas porque não se trata de um conhecimento comunicado, mas de um conhecimento construído, a partir dos mesmos caminhos dos predecessores e orientado por eles. Trata-se de uma redescoberta orientada; é uma educação da atenção; é um copiar dirigido que envolve improvisação e criatividade (Bonet, 2015, p. 273).

Luiza, em conversa informal, explica que há residentes “espetaculares”, que olham uma vez e sabem como realizar a técnica cirúrgica, enquanto outros não conseguem, apesar de olhar diversas vezes. Ela afirma que é o “dom”: uns têm, outros não. Em entrevista, o Professor Diego reitera que é preciso ter habilidade para ser cirurgião.

Becker e colaboradores (1961, p.409) indicam a perspectiva dos internos sobre cirurgia geral, a importância de traços pessoais, como um *dom*, tipo de personalidade, prazer em trabalhar com as mãos, longas horas de trabalho físico. Os autores citam o exemplo de candidato a cirurgião: para realizar um estágio em cirurgia, é preciso insistir, até que os *staffs* avaliem que é seu desejo, e assim permitam o estágio (Becker et al., 1961, p.416). Para Ingold (2010, p.15), as habilidades de uma pessoa não são pré-especificadas internamente nem impostas externamente, surgem em processos de desenvolvimento. A cognoscibilidade humana não se baseia em qualquer combinação de capacidades inatas e competências adquiridas, mas em habilidades (Ingold, 2010, p.18).

Em conversa informal, Luiza considera que é preciso adquirir automação, fazer sem pensar. Para tanto, deve treinar, experimentar procedimentos para criar situações eventuais e sair de situações de emergência. Assim, o residente incorpora a identidade de cirurgião. Ela insiste que, para aprender cirurgia, é preciso ver, escrever e comparar o que vê no CC com o texto. Em uma cirurgia, ela solicita a um R1 e a um R2 que estudem os passos da cirurgia. Afirma que descrever a cirurgia antes de operar é o melhor para conhecer os tempos cirúrgicos.

O praticante habilidoso responde contínua e fluentemente a perturbações do ambiente, pois seu movimento corporal é, ao mesmo tempo, de atenção: ele olha, ouve e sente, ao trabalhar. Essa é capacidade de resposta que sustenta as qualidades de cuidado, avaliação e destreza, características da obra executada com maestria. Segundo Bernstein (1996, p. 23), “a essência da destreza reside não nos movimentos corporais, mas na harmonização dos movimentos com uma tarefa emergente”, cujas condições de entorno nunca são as mesmas de um momento para o outro (Ingold, 2010, p.18). Quanto mais habilidoso o praticante, menor a necessidade de “elaboração”. Desse modo, o que

diferencia o especialista do iniciante não é a complexidade ou a escala de elaboração de seus planos ou representações, mas até quando pode prescindir desse modelo.

O *staff* Arthur, fora do campo cirúrgico, ensina a técnica cirúrgica de correção de hérnia para Alice R1. Ele mostra fotos da anatomia no computador, ensina a posição das mãos e o que fazer, os instrumentos a serem usados, tanto por ela como cirurgiã principal como pelos auxiliares. Ele solicita que ela descreva o passo a passo do procedimento e comenta: “é uma dança!”. Ao terminar, ele recomenda que ela repita a técnica muitas vezes, até que não precise mais olhar as figuras, que servem de modelo para as cirurgias. Esse treinamento intenso é nomeado de “pegar mão”, expressão frequente entre cirurgiões.

O “pegar mão” não significa somente o operar, mas estar em campo, observar o residente mais experiente: o *staff* operando é “pegar mão”. Para que o residente consiga aperfeiçoar sua *performance*, é preciso “pegar mão”. Aprender a manejar os instrumentos cirúrgicos, dar ponto cirúrgico, utilizar as duas mãos na cirurgia configuram atos centrais para o cirurgião.

Toda ação está sujeita ao hábito (Berger, 1973, p.77). Qualquer ação repetida é moldada em um padrão, que pode ser reproduzido com economia de esforço. O hábito implica que a ação possa ser executada, no futuro, da mesma forma e com o mesmo esforço econômico. As ações repetidas uma vez ou mais tendem a se tornar habituais até certo ponto, assim como todas as ações observadas por outro envolvem alguma tipificação. Contudo, para que se realize a tipificação recíproca, é preciso uma situação social duradoura, na qual ações habituais dos dois ou mais indivíduos se entrelacem.

O “pegar mão” é uma sequência de eventos, um ritual. Tal experiência é incompleta, a menos que um de seus “momentos” seja uma *performance*. A experiência é tanto “vivenciar” como “pensar em retrospectiva”. Ela é também “vontade ou desejo de seguir em frente”, estabelecer metas e modelos para experiências futuras em que, esperam-se, os erros e os perigos de experiências passadas serão evitados ou eliminados (Turner, 2015, p. 22).

Performances afirmam identidades, curvam o tempo, remodelam e adornam corpos, contam histórias. *Performances* artísticas, rituais ou cotidianas são feitas por comportamentos duplamente exercidos, restaurados, ações performadas que as pessoas treinam para desempenhar, que devem repetir e ensaiar. *Performances* são produzidas por pedaços de comportamento restaurado, mas cada uma é diferente das demais. Pedaços de comportamento podem ser recombinações em variações infinitas, e nenhum evento pode copiar o outro. Não apenas o comportamento, com nuances de humor, inflexão vocal ou linguagem corporal, como o contexto e a ocasião tornam cada instância diferente.

Cada *staff* tem uma maneira de trabalhar e lidar com os residentes, na transmissão da técnica cirúrgica: 1) no ato cirúrgico como cirurgião principal, comentando o passo a passo das técnicas usadas para os residentes que acompanham; 2) no campo cirúrgico, como auxiliar dos residentes, orientando as técnicas cirúrgicas; 3) fora do campo

cirúrgico, orientando residentes nas técnicas; 4) fora do campo cirúrgico, distante, conversando com a equipe, por vezes saindo da sala cirúrgica. Nenhuma maneira aparenta erro, todas alcançam o mesmo resultado. Os residentes não reclamam de nenhum *staff* por alguma atitude. Pelo contrário, alguns mantinham bom relacionamento, de modo a criar um ambiente agradável nas cirurgias, com brincadeiras, risos e conversas.

Professor Daniel realiza a cirurgia como cirurgião principal, no máximo como auxiliar, orientando os residentes com poucas brincadeiras, postura séria, sempre conversa sobre o caso do paciente. Preserva o ambiente do CC, solicita aos residentes menos falas e brincadeiras, para não atrapalhar o trabalho dos anestesiologistas. Tira dúvidas; mantém atenção aos procedimentos.

A *staff* Luiza permanece em campo como auxiliar, raramente atua como principal, auxilia os residentes com os passos das técnicas cirúrgicas, com a posição das mãos, orienta pelo vídeo, de forma descontraída, com brincadeiras, conversas, inclusive quando chama a atenção, por erros. O clima das cirurgias frequentemente é agradável. Quando está fora do campo, permanece na sala, de pé, por trás dos residentes, atenta, corrigindo erros. Luiza tem interesse em melhorar o ensino aos residentes. Um dia, após uma sessão clínica, ela solicita que permaneçam no auditório e se dividam em grupos: R1, R2, R3 e R4. Distribui folhas em branco e fotos de materiais cirúrgicos para cada residente. Pede que cada um escreva o nome do instrumento e sua função. Ela solicita que não se comuniquem, pois no ato cirúrgico não será possível pedir ajuda. Em breve vão operar sozinhos e será preciso conhecer o equipamento cirúrgico para solicitar ao instrumentador. Após o teste, comunica que vai marcar uma aula com a enfermeira do CC sobre preparação para cirurgia: como se escovar, vestir o capote e luvas estéreis, como se comportar na sala e conhecer os instrumentos cirúrgicos.

O *staff* Arthur permanece fora do campo, fala ao telefone fora da sala cirúrgica, brinca com todos. Os residentes ficam responsáveis pela cirurgia e solicitam a presença do *staff* quando há problema ou quando não conseguem definir a conduta. Em vários momentos, Arthur entra na sala cirúrgica, observa, questiona os residentes e sai da sala. Em outras ocasiões ele determina uma mudança na conduta cirúrgica, e os residentes acatam a ordem. Nas cirurgias com ele há brincadeiras e um clima descontraído. Os residentes demonstram liberdade e intimidade na presença de Arthur.

O Professor Diego permanece fora do campo, permite que os residentes realizem os procedimentos sozinhos, intervém na cirurgia em situações cruciais, como na retirada de um tumor. Os residentes realizam a abertura da cavidade até a visualização do tumor, quando Diego se escova e entra em campo. O procedimento não é realizado pelos residentes, mas pelo Professor Diego. Após a conduta, sai de campo, e os residentes terminam a cirurgia. O professor orienta os residentes, interrompe o procedimento para explicar o que deve ser realizado, mostra como a pinça deve entrar em contato com o órgão, com qual pressão, qual tipo de lesão pode ocorrer. As cirurgias de Diego são descontraídas, com músicas, brincadeiras e conversas com todas as equipes.

A *staff* Luana demonstra preocupação com os R1 quando está em campo. Em uma cirurgia para correção de hérnia, em que a residente Alice R1 é a cirurgiã principal, Luana e João R2 atuam como auxiliares. Luana orienta os residentes e explica a técnica diversas vezes, até que a residente a realize de forma correta. Ela ensina como segurar os instrumentos, dar o ponto cirúrgico, ajeitar a agulha no porta-agulhas, posiciona a mão da residente antes do ponto, a direção da agulha. Com paciência, mostra a importância de cuidado com a estética da paciente.

Em certa ocasião, Julia R4 orientou Pablo R1 em uma retirada de cateter, quando não havia *staff* na sala operatória. Julia R4 orientou Pablo R1 como cirurgião principal no procedimento. Estavam em campo: Pablo R1 como cirurgião principal, Julia R4 como primeira auxiliar, Amanda R2 e Gustavo R1 como auxiliares. Julia R4 ensina Pablo R1 a “degermar” a região da cirurgia e recomenda cuidado, para não encostar no bisturi elétrico posicionado por trás dele, para que não se contamine. Ela demonstra como passar a gaze, solicita que ele pegue o campo estéril e o conduza fechado até a mesa cirúrgica, para não contaminar. Ensina como colocar o campo na paciente, requisita Gustavo R1 para pegar os outros campos. Após a colocação dos campos, instrui Pablo R1 a buscar a altura ideal da mesa operatória para boas condições de trabalho e recomenda que ele solicite ao anestesista o ajuste da altura da mesa. Julia R4 ensina Pablo R1 como passar o caso da paciente que será operada para o anestesista, que olha atentamente para Pablo R1. Ela determina que ele diga que a equipe está completa, e o material está “ok”. Ela indaga a hora exata ao anestesista e fala para Pablo R1 iniciar a cirurgia. Recomenda que avise à paciente que vai realizar a anestesia local, pois a doente não está intubada, sonolenta e pode sentir dor. Ela o orienta e questiona Pablo R1 sobre as camadas dolorosas da pele, enquanto ele aplica o anestésico. Ela ensina o modo de devolver o bisturi para o instrumentador: com a lâmina para baixo, para evitar corte na mão do instrumentador.

Essa passagem pode se assemelhar ao rito de inauguração (Van Genneep, 2011, p. 149), a primeira vez como uma consagração da residente no ato cirúrgico. O momento em que ela assume a posição de cirurgiã principal pela primeira vez, ainda que sem experiência nem domínio das técnicas cirúrgicas, é uma etapa relevante na incorporação da identidade de cirurgiã e na jornada da residência. Essa transmissão de conhecimentos também ocorre entre os residentes, principalmente com o R1.

Considerações finais

No processo de formação e especialização médica, os alunos são capacitados para aquisição de um treinamento na especialidade escolhida. O estudante aprende a construir um paciente, um “pensar anatômico”, aprende modos de escrever, falar e olhar da anatomia, histologia, para se tornar um profissional, habitando um novo mundo, da Medicina.

A partir dessa objetificação, o cirurgião centra sua atenção na região a ser operada. A avaliação do doente é limitada aos sinais, sintomas e exames de imagem, sem atenção à subjetividade e sentimentos do doente, com exceção de dor, sintoma importante.

O treinamento cirúrgico cultiva a capacidade de agir, com autoridade técnica, institucional e moral para tanto. O objetivo final da educação cirúrgica é a incorporação não apenas das habilidades de um cirurgião, como da ética, dos valores e significados da cirurgia (Prentice, 2013, p.140).

O residente de cirurgia geral, em seus dois primeiros anos de treinamento em campo cirúrgico, apreende não só técnicas cirúrgicas, habilidade motora, como incorpora comportamentos, uma nova linguagem e rituais para se tornar um cirurgião.

Referências

- APTE, Mahadev.
(1985) *Humor and laughter: an anthropological approach*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- AURÉLIO (s.d.)
Dicionário Aurélio. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/>. Acesso em: 21 set. 2018.
- BECKER, Howard Saul et al.
(1961) *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BECKER, Howard Saul; GEER, Blanche Potter.
(1963) "Medical education", em Freeman, Howard E. *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- BERGER, Peter Ludwig.
(1973) *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes.
- BERNSTEIN, Nicholai Aleksandrovich.
(1996) "On dexterity and its development", em LATASH, Mark L.; TURVEY, Michael T. (org.). *Dexterity and its development*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- BONET, Octavio.
(2004) *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BONET, Octavio.
(2015) Sentindo o Saber. Educação da Atenção e Medicina de Família. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 253-277, jul./dez.
- BOURDIEU, Pierre.
(1977) *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOURDIEU, Pierre.
(1994) "A economia das trocas linguísticas", em ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática.
- BOURDIEU, Pierre.
(1994) "Esboço de uma teoria da prática", em ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel.
(2003) *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- CAVALCANTI, Maria Laura Viveiros de Castro.
(2007) Drama social: notas sobre um tema de Victor Turner. *Cadernos de Campo*. São Paulo, n. 16, p. 1-304
- COOMBS, Robert Holman et al.
(1993) *Medical slang and its functions*. Social Science and Medicine, v. 36, n. 8, p. 987-998.
- GOFFMAN, Erving.
(2007) *A representação do eu na vida cotidiana*. 14.ed. Petrópolis: Vozes.
- GOFFMAN, Erving.
(2011) *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- GOOD, Byron Joseph.
(1994) *Medicine, rationality, and experience*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- INGOLD, Tim.
(1996) *Situating action V: the history and evolution of bodily skills*. Ecological Psychology, v. 8, p. 171-182.

INGOLD, Tim.

(2010) *Da transmissão de representações à educação da atenção*. Educação, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25, jan./abr.

LE BRETON, David.

(2009) *As paixões ordinárias: antropologia das emoções*. Petrópolis, RJ: Vozes.

LIMA, Armênio Matias Corrêa.

(2010) Residência médica sob a ótica do direito do trabalho. *Revista da Esmesc*, v. 17, n. 23.

MACHADO, Maria Helena.

(1997) *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MAUSS, Marcel.

(1974) *As técnicas corporais: sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP.

MEC.

(2014) RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 out. 2023.

MEDEIROS, Flávia.

(2016) *Matar o morto: uma etnografia do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro*. Niterói: Eduff.

MENEZES, Rachel Aisengart.

(1998) *A epistemologia de Fleck e a formação médica*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

MICHAELIS (s.d.).

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa.

Disponível em:

<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>.

Acesso em: 16 abr. 2019.

PETERSON, Christopher.

(2002) *Trambiclinicas, pilantrópicos, embromeds: um ensaio sobre a gíria médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

PRENTICE, Rachel.

(2013) *Bodies in Formation: an ethnography of anatomy and surgery education*. Durham, NC: Duke University Press.

REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Claudia.

(2010) *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: FGV.

SEGALEN, Martine.

(2000) *Ritos e rituais*. Portugal: Publicações Europa-América.

TURNER, Vitor Witter.

(1974) *O Processo Ritual*. Petrópolis: Vozes.

TURNER, Vitor Witter

(1980) Social Dramas and Stories about them. In: MITCHEL, William John Thomas (Ed.) *On Narrative*. Chicago: The University of Chicago Press

TURNER, Vitor Witter.

(1996) *Schism and continuity in an African society*. Manchester: Manchester University Press, 1996 [1957]. 348.

TURNER, Vitor Witter.

(2015) *Do ritual ao teatro: a seriedade humana de brincar*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

VAN GENNEP, Arnold.

(2011) *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes.

VELHO, Gilberto.

(1995) Estilo de Vida Urbano e Modernidade. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p.227-234.

Recebido em

fevereiro de 2023

Aprovado em

outubro de 2023