

Saber Ver: Recursos Visuais e Formação Médica*

PAULO GABRIEL HILU DA ROCHA PINTO**

RESUMO

Este artigo apresenta um estudo etnográfico da formação médica numa escola do Rio de Janeiro, Brasil, com atenção especial para o uso das imagens no ensino. Isto revelou as formas de inculcação das disposições práticas que orientam a prática profissional no campo médico. O estudo mostrou que as práticas acadêmicas continuam a reproduzir as relações estruturantes do campo médico, sem que os agentes envolvidos possam ter um controle consciente desse processo, seja em termos de transformá-lo ou de torná-lo mais eficaz.

Palavras-chave: Etnografia; formação médica; práticas acadêmicas.

* Versão modificada do argumento central da dissertação de mestrado intitulada *Saber Ver: Recursos Visuais e Formação Médica*, orientada pelo prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr. (Pinto, 1997).

** Médico, historiador, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e doutorando em Antropologia pela Brown University.

ABSTRACT

Knowing How to See: Visual Resources and Medical Education

This paper presents an ethnographic study of medical formation in a school in Rio de Janeiro, Brazil, with special attention to the use of images in teaching. This showed how practical dispositions that guide practice in the medical field are ingrained into the students. The study demonstrated that academic practices still reproduce the structuring relationships of the medical field, while the involved agents cannot have a conscious control of this process, whether for transforming it or making it more effective.

Keywords: Ethnography; medical education; academic practices.

RÉSUMÉ

Apprendre à regarder: Recours Visuels et Formation Médicale

Cet article présente une étude ethnographique sur la formation médicale dans une école à Rio de Janeiro, Brésil, centrée surtout sur l'usage des images pour l'enseignement. On a révélé les modèles d'inculcation des dispositifs pratiques à orienter le travail professionnel au champ médical. L'étude a démontré la reproduction des rapports structurels du champ médical par les pratiques académiques, d'une façon telle que les agents y engagés ne sont pas capables d'y prendre conscience, soit pour les transformer, soit pour les tourner plus efficacement.

Mots-clé: Ethnographie; éducation médicale; pratiques académiques.

Recebido em 6/6/00.

Aprovado em 29/6/00.

Introdução

Dentro do universo das práticas acadêmicas, a utilização de imagens como linguagem didática pode ser facilmente identificada como uma das características mais marcantes do ensino médico. Reconhecendo a importância dos recursos visuais no ensino médico, pretendo analisar os pressupostos intelectuais que orientam o seu uso e quais as suas conseqüências no processo de socialização dos alunos de medicina, ou seja, que tipo de relação prática com o conhecimento é inculcada através da projeção de imagens.

Os dados aqui utilizados foram obtidos em duas pesquisas etnográficas, realizadas de 1993 a 1994 e de 1996 a 1997 na Faculdade de Medicina da UFRJ. O método de pesquisa foi a “observação participante”, a qual consiste na inserção do pesquisador no grupo estudado e sua participação efetiva nas atividades cotidianas do mesmo.

O convívio com as instituições e agentes do grupo estudado permite que o pesquisador apreenda as categorias a partir das quais os agentes organizam o seu universo e atribuem sentido e valores a atos e acontecimentos.

A tensão constante, entre as categorias do pesquisador e aquelas que ele adquiriu durante o seu contato com a cultura estudada, ou seja, a “interlocução teórica” entre as teorias do pesquisador e aquelas elaboradas pelos agentes para explicar o seu cotidiano possibilita a construção de um ponto de análise que escapa ao determinismo irrefletido de ambos os sistemas culturais envolvidos (Peirano, 1995: 51-52).

A observação participante traz em si determinadas características que servem como fatores neutralizantes, tanto do viés do pesquisador, quanto das resistências dos informantes. Ela mantém o informante dentro de seu contexto social, no qual ele sofre todas as regulações e constrangimentos exercidos pelo grupo sobre seu comportamento. Isso impede que os informantes “atuem” de forma a se adequarem à situação de pesquisa, já que o impacto desta fica cada vez menor diante da presença contínua das pressões sociais (Becker, 1994: 72-74).

Durante o trabalho de campo, participei do cotidiano acadêmico do curso médico da UFRJ, assistindo a aulas, seminários, defesas de tese ou dissertação, participando das avaliações e comentando-as com alunos e professores. Também frequentei as bibliotecas e locais de sociabilidade extra-classe (corredores, pátios, *trailers* de comida, bares etc.).

Nesse período, além da observação direta e das conversas inespecíficas, ouvi professores, alunos (graduandos, mestrandos e doutorandos) e funcio-

nários das bibliotecas, em entrevistas ou conversas informais. Essas diversas formas de interação me permitiram apreender as representações que os agentes possuíam a respeito das suas práticas e da sua realidade.

Práticas Acadêmicas e Recursos Visuais

As imagens remetem à realidade empírica sem sê-la jamais, o que explica o papel fundamental que elas ocupam no ensino médico, uma vez que este procura sempre identificar o seu discurso com uma apreensão direta do mundo físico. A relação da imagem com o objeto que ela representa é análoga àquela existente entre o texto escrito e o discurso oral (Goody, 1987), pois a imagem é uma técnica que permite a permanência temporal do registro de algo, mesmo quando essa coisa não se encontra mais presente.

Assim sendo, se a escrita possibilitou a “exteriorização da memória” (Leroi-Gourhan, 1987: 60-67), a imagem permitiu uma “desmaterialização da presença” (Sartre, 1986: 46). Isso explica a importância que o uso de imagens possui nas práticas de transmissão de um saber com um forte viés empiricista, como é a medicina.

Como todo recurso pedagógico, as projeções de imagens encontram o seu significado ao serem contextualizadas nas práticas acadêmicas existentes no ensino médico. Por “práticas acadêmicas” entendemos o sistema de relações sociais que permite a ação e a interação dos agentes entre si, com as instâncias institucionais e com os diversos saberes e suas respectivas fontes, no contexto do campo acadêmico.

As práticas acadêmicas englobam as atividades de transmissão do conhecimento, cujo melhor exemplo são as aulas (expositivas, práticas, seminários etc.) e as atividades de consagração do saber, como as avaliações¹; ou, ainda, aquelas destinadas a garantir o acesso institucional às fontes do conhecimento, entre elas o uso das bibliotecas universitárias².

As práticas acadêmicas, assim como a prática médica que delas deriva, devem ser compreendidas a partir dos seus esquemas geradores, ou seja, das relações sociais internalizadas como um **sistema de disposições**³, o

¹ As defesas de tese ou de dissertação, embora não sejam diretamente analisadas aqui, são importantes práticas acadêmicas destinadas à consagração do saber e à repartição dos bens simbólicos do campo acadêmico.

² Embora as relações pedagógicas constituam um importante aspecto das práticas acadêmicas, elas não esgotam todas as suas manifestações — que incluem, entre outras, relações institucionais, relações pessoais, relações espaciais etc.

³ O qual Pierre Bourdieu também denomina de *habitus* (Bourdieu, 1972: 178).

qual produz e estrutura práticas e representações, que:

“(...) podem ser objetivamente ‘regradas’ e ‘regulares’ sem serem, em nada, o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas aos seus fins sem supor a vontade consciente dos fins e o domínio explícito das operações necessárias para os atingir e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um regente” (Bourdieu, 1972: 175)⁴.

Desse modo, deve-se evitar tomar as regras e representações explícitas, e explicitamente referidas no discurso dos informantes, como normas às quais os agentes adequariam suas ações. Os esquemas geradores das práticas se encontram fora de uma apreensão consciente por parte dos agentes, o que propicia a naturalização da sua lógica — da razão prática.

A própria forma de internalização desses princípios geradores, através de esquemas corporais (Mauss, 1995), garante que eles permaneçam inconscientes. A possibilidade de manipulação do esquema gerador segundo os interesses objetivos e subjetivos confere um caráter aberto e fluido às práticas (Sahlins, 1994: 186-187).

No entanto, mesmo atendendo aos interesses imediatos dos agentes, as práticas apresentam uma lógica sistêmica, expressa por uma regularidade objetiva, que deriva de princípios estruturados nos sistemas de disposições internalizados (Bourdieu, 1972: 178-179). Desse modo, para compreender corretamente as práticas acadêmicas, é fundamental que se estabeleçam os esquemas de disposições nelas implícitos, pois são eles que garantem a regularidade estrutural que pode ser apreendida para além da diversidade de objetivos e motivações dos agentes.

As Aulas Expositivas

No caso do curso médico da UFRJ, as principais práticas acadêmicas em que os recursos visuais são utilizados como linguagem pedagógica são as aulas expositivas⁵. Estas podem ser definidas como aquelas nas quais a

⁴ As traduções das citações são de minha autoria.

⁵ Os seminários também são contextos acadêmicos onde o uso de imagens como recurso pedagógico é bastante evidente. Porém, como a estrutura prática dos seminários é semelhante à das aulas expositivas, não tratarei especificamente deles neste texto. Para uma discussão mais detalhada dos seminários no ensino médico, ver Pinto (1997).

informação é verbalmente passada do professor para o aluno, sem que este tenha, necessariamente, um conhecimento prévio sobre a mesma (Roitman, 1981: 40).

As aulas expositivas são a principal técnica pedagógica utilizada na Faculdade de Medicina, como podemos ver nas considerações feitas por dois professores na década de 80 e que ainda têm ressonância no quadro geral do ensino médico: “O ensino prossegue informativo, com predominância de atividades em sala de aula” (Fraga F^o e Rosa, s/d.: 86).

Essas aulas se dão de maneira bastante formal e são rigidamente programadas. Geralmente o professor fala durante a quase totalidade da aula, sendo seu discurso mais descritivo das características das doenças e dos procedimentos clínicos e laboratoriais utilizados no seu diagnóstico, do que analítico das noções que ele utiliza para identificá-las.

A primazia absoluta do empiricismo, que domina o discurso professoral e os textos médicos (Camargo Jr., 1992), acaba por impedir que se construa uma visão de conjunto, já que os mecanismos cognitivos a partir dos quais o diagnóstico clínico é construído são sistematicamente apagados em prol de uma “objetividade” absoluta do saber médico.

Desse modo, a fragmentação do saber médico não é apenas um produto das práticas acadêmicas que o reproduzem, mas também uma consequência do uso de noções e conceitos naturalizados, juntamente com uma ênfase excessiva na empiria como forma de legitimação científica (Camargo Jr., 1992: 205).

Esse tipo de trabalho pedagógico, que inculca o conteúdo de um saber sem acompanhá-lo da explicitação do processo que permitiu a sua construção, faz com que os alunos tentem decorar todos os pontos do mesmo. Essa relação mnemônica com o aspecto substantivo do conhecimento é uma característica dos estudantes de medicina, sendo reconhecida mesmo por pessoas fora do campo médico⁶.

É observável que a fragmentação do saber médico é maior nas disciplinas ligadas à prática médica, uma vez que as disciplinas relacionadas à

⁶ Na realidade, essa “pedagogia da memória” é uma característica de sistemas acadêmicos que se baseiam no domínio enciclopédico de informações e conceitos e na sua aplicação *ad hoc*, segundo as necessidades práticas de cada situação. Nesse aspecto, o ensino médico “ocidental” apresenta semelhanças evidentes com o ensino jurídico no sistema acadêmico islâmico, pois ambos estruturam a sua intervenção na realidade através do precedente de casos exemplares e não da aplicação sistemática de uma metodologia baseada em princípios puramente teóricos (Eickelman, 1985: 57-59).

pesquisa, como Bioquímica ou Medicina Preventiva, procuram inculcar uma estrutura de pensamento que tenha correspondência com o seu conteúdo.

Entretanto essas disciplinas, por estarem ligadas à investigação científica — logo a objetos estritamente delimitados —, não podem, por definição, dar unidade ou englobar o saber médico de uma maneira geral, o qual permanece compartimentalizado nos diversos contextos da sua aplicação.

No curso médico, a fragmentação desse saber se estende à própria figura de seus transmissores, pois principalmente nas disciplinas ligadas à prática médica o número de professores é quase tão grande quanto o de aulas. Cada professor ministra poucas ou mesmo uma única aula durante o curso, em geral sobre a sua especialidade.

A intervenção pontual de um professor sobre um assunto restrito se justifica pela noção de “especialista” que é dominante no campo médico — ou seja, de um profissional cuja garantia da qualidade e legitimidade de seu saber está na sua experiência prática. Isso faz com que o domínio cognitivo dos professores no curso médico seja preferencialmente restrito à sua área de atuação (Fraga F^o e Rosa, s/d.: 72).

Como uma experiência só pode ser satisfatoriamente transmitida por aquele que a vivenciou, a prática de se colocar um professor para cada assunto do curso universitário encontra a sua legitimação na própria estrutura profissional da medicina. A especialização da prática médica faz com que o discurso professoral ganhe o caráter de saber pessoal sobre um determinado assunto.

Esse tipo de fragmentação didática, a partir da especialização do corpo docente, leva a uma identificação dos professores e de seu discurso com o conteúdo de sua aula. É bastante comum que os alunos usem essa forma de identificação para individualizar os professores — por exemplo, um aluno que, durante uma conversa, identificou um professor como “aquele da aula de diabetes”.

Essa identificação do professor como um especialista leva a uma personalização do conhecimento, assim como a uma representação da figura professoral como sendo a principal fonte do saber legítimo⁷. Nesse contexto pedagógico, os recursos visuais, como as transparências ou os *slides*, são amplamente utilizados, sendo diretamente associados ao discurso do professor.

⁷ Essa personalização do saber se reflete nas avaliações do curso médico, nas quais o saber transmitido oralmente em classe pelo professor tem força de verdade sobre o saber contido no livro-texto. Desse modo, os textos médicos são “complementados” ou mesmo “corri-

Tanto como forma de ilustração das informações passadas, quanto como instrumento de demonstração de um determinado raciocínio, os recursos visuais fazem parte das técnicas de oratória reconhecidas como indispensáveis ao ensino médico. Observou uma pedagoga sobre o curso médico: “O projetor de diapositivos é quase uma obrigatoriedade no ensino médico” (Roitman, 1981b: 131).

Uma situação que presenciei no contexto da pós-graduação tornou clara a exigência pedagógica da utilização de imagens existente no ensino médico. Uma mestranda do Instituto Fernandes Figueira, ao expor a sua dissertação para a banca avaliadora, fez acompanhar a sua “aula” de diapositivos de fotos antigas de crianças. As fotos do início do século não tinham nenhuma função aparente na exposição do argumento da dissertação, fora preencher a tela com um tema ligado à infância (já que se tratava de um Mestrado em Saúde da Criança).

Depois da apresentação, perguntei à mestranda sobre a razão da projeção daquelas imagens sem nenhuma relação direta com o tema, fato que não foi mencionado pela banca em nenhum momento, ao que ela respondeu: “É que não dá para fazer uma exposição para médicos sem mostrar nenhuma imagem. Apresentar um texto para médicos é difícil, porque eles não prestam atenção se não tiver nada para ver”.

Essa opinião encontra respaldo em várias declarações dos professores entrevistados, assim como num texto sobre as técnicas adequadas para a defesa de tese em medicina, o qual afirma que “*slides* preparados e apresentados com argúcia **sensibilizam qualquer banca examinadora**” (Gomes, 1982: 10 — grifo meu).

Como o trecho acima aponta, os recursos visuais utilizados pela mestranda não tinham um papel meramente acessório, de esclarecimento ou de ilustração. As imagens projetadas eram parte constitutiva da própria argumentação funcionando como condição essencial para a eficácia do discurso proferido.

gidos” pelo discurso professoral. Esse confronto entre o texto e o seu “comentário” oral, que se resolve com a manutenção da integridade textual e, paradoxalmente, a alocação da sua verdade em uma instância exterior ao mesmo — no caso, o discurso professoral — tem raízes não na herança humanista da ciência moderna, mas na tradição exegética cristã (Humphreys, 1997: 2-3). Além disso, existem interessantes paralelos com a tradição acadêmica do mundo islâmico, a qual se baseia em textos escritos cujo significado correto só se torna totalmente acessível através da pessoa dos letrados que os comentam (Messick, 1997: 15-36).

A importância didática atribuída à utilização de imagens nas aulas pode ser vista nos concursos para professor, nos quais a sua ausência ou pouca utilização pode trazer sérios prejuízos ao candidato, independentemente de suas habilidades didáticas.

Uma professora da Faculdade de Medicina da UFRJ, cuja formação profissional não é médica, nos contou em conversa informal que, ao fazer o concurso para o corpo docente da referida instituição, teve a avaliação do seu desempenho prejudicada por não ter utilizado recursos visuais na sua prova didática, fato que causou estranheza na banca.

Os recursos visuais são um importante elemento estrutural na transmissão acadêmica do saber médico, sendo um dos sinais de reconhecimento da adequação do discurso proferido em relação ao conteúdo proposto. A sua utilização costuma ser naturalizada pelos agentes do ensino médico, que vêm neles uma forma “neutra” de ilustração ou demonstração de seu discurso.

Essa “naturalização” dos recursos visuais no ensino médico se reflete na falta de reflexão crítica sobre seus efeitos e pressupostos⁸. Os textos sobre recursos visuais destinados ao próprio campo médico possuem apenas análises centradas na sua otimização, segundo regras pedagógicas completamente desvinculadas do contexto prático existente no ensino médico⁹.

Mostrar

Nas aulas expositivas do curso médico, a presença dos recursos visuais é praticamente obrigatória. O desenrolar das aulas costuma ser pontuado e ritmado pela projeção de imagens relacionadas ao seu conteúdo.

Pude observar durante o meu trabalho de campo na Faculdade de Medicina da UFRJ que geralmente após uma introdução verbal inicial, o professor prosseguia a aula com uma seqüência de projeções. *Slides* e transparências eram utilizados para projetar fotos, desenhos, esquemas ou textos, os quais acompanhavam o discurso do professor durante a aula. As imagens mostradas nos *slides* variavam entre fotos de lesões provocadas pela doença em questão e imagens radiográficas ou de tomografia computadorizada

* A análise da utilização de imagens para o estabelecimento do diagnóstico encontrada em Porto (1995) aponta para uma primeira reflexão crítica sobre a utilização de imagens no campo médico, embora não trate especificamente do ensino médico e talvez enfatize demais o papel da radiologia no processo de valorização dos recursos visuais na medicina.

⁹ Ver Gomes (1982), Roitman (1981 e 1981b) e Fraga F^o e Rosa (s/d).

de pacientes, havendo ainda fotos de exposições cirúrgicas ou de peças e lâminas da anatomia patológica.

A descrição de uma das aulas observadas, na qual ocorreu um incidente bastante revelador, exemplifica bem a dinâmica das aulas baseadas na projeção de imagens. O professor começou uma aula da disciplina de Clínica II sobre pneumonias para uma turma do 6º período da Faculdade de Medicina. O anfiteatro tinha as primeiras fileiras ocupadas pelos alunos considerados os mais dedicados e “sérios”, grupo composto principalmente por mulheres¹⁰.

A ocupação dos lugares ia rareando até as últimas fileiras, que costumam ser denominadas jocosamente pelos alunos e por alguns professores, como “cozinha”¹¹. A “cozinha” é ocupada tanto por alunos considerados “fracos” quanto por aqueles denominados de “gênios”, ou ainda “espertos” ou “safos”, cuja atitude denota uma total indiferença pelo desenrolar da aula¹².

As luzes do anfiteatro (com exceção daquelas localizadas na sua parte mais posterior, junto à porta) foram apagadas, mergulhando o ambiente na penumbra, para desespero dos alunos da primeira fileira, que vêem sua capacidade de anotação da aula bastante comprometida¹³. O professor continuou a sua exposição oral, acompanhando-a da projeção de diapositivos. O controle do projetor foi dado a um aluno da primeira fileira, que passava os *slides* de acordo com ordens verbais e gestuais dadas pelo professor.

As imagens, projetadas em uma parede lateral do anfiteatro, consistiam em seqüências de diapositivos para cada tipo de afecção pulmonar referida na aula, começando com pequenos textos com os principais sintomas e

¹⁰ A maior seleção social e escolar que as mulheres enfrentam na sua trajetória acadêmica e profissional, aliada a valores socialmente identificados com a “feminilidade”, como a dedicação e um comportamento “regrado”, faz com que elas apresentem uma maior adesão à disciplina pedagógica como estratégia de sucesso acadêmico (Bourdieu e Passeron, 1982: 91-94).

¹¹ É interessante notar como os alunos e professores usaram, para delimitar um espaço onde as expectativas de adesão às regras “oficiais” de conduta acadêmica por parte dos agentes são bastante diminuídas, uma metáfora que se baseia em noções difusas na cultura brasileira sobre espaços privados e subalternos, como é o caso da cozinha (Da Matta, 1985: 70-74).

¹² A demonstração pública de uma total indiferença em relação ao processo pedagógico, desde que associada com bons resultados acadêmicos, é reconhecida pelos alunos como um sinal de “genialidade” ou de inteligência associada a “esperteza”, uma vez que atinge os resultados desejados sem apresentar os sinais de esforço e dedicação acadêmica necessários à maioria dos alunos.

¹³ Alguns alunos se valem de lanternas portáteis para escrever durante as exposições.

achados e exames diagnósticos, e seguindo com fotos de radiografias de diversos pacientes com a doença. Também eram utilizados diapositivos de várias radiografias do mesmo paciente para mostrar a evolução da doença ou a sua regressão diante do tratamento utilizado.

Depois de ler nos diapositivos a lista de sintomas indicativos da doença em questão, assim como a dos exames pertinentes para estabelecer o diagnóstico correto, o professor passou para a projeção de uma série de radiografias, tentando mostrar qual o padrão radiográfico esperado em tais pacientes. Enquanto falava, apontava com uma caneta luminosa a parte da imagem que estava analisando. No entanto, o seu discurso era muito mais descritivo que realmente analítico, pois os pressupostos conceituais do processo de reconhecimento dos objetos nas imagens não eram, em nenhum momento, explicitados.

A imagem era descrita como sendo passível de um reconhecimento imediato, com a utilização de expressões como: “vemos aqui essa infiltração (...)”; “este padrão é típico (...)”; “se vocês olharem bem, poderão perceber o padrão nas bases (...)”; “a maior opacidade das bases mostra bem o quadro (...)”.

Assim, a análise das imagens era feita de maneira absolutamente tautológica, pois as noções necessárias para a identificação de suas características distintivas eram colocadas como uma descrição neutra, derivada unicamente da percepção imediata de um objeto, não sendo objeto de uma reflexão detalhada sobre a sua natureza ou operacionalidade¹⁴.

Este procedimento se tornou evidente quando, em uma das imagens radiográficas mostradas, uma aluna não conseguia perceber as características “apontadas” pelo professor como definidoras daquela imagem:

Aluna: “Não estou vendo nada disso”.

Professor: “É só reparar no padrão da radiografia para perceber como é diferente da anterior”.

¹⁴ Esse mecanismo lógico perpassa todo o saber médico, estando presente na constituição das próprias categorias clínicas que o mobilizam, cujo processo de definição e estabelecimento é muito semelhante àquele que observamos na sua transmissão através de imagens, pois “para aperfeiçoar as descrições destas categorias, estudam-se as pessoas que estão enquadradas nelas, utilizando-se os métodos epidemiológicos (...). Aí reside uma inconsistência fundamental: para se elaborar a lista de sinais e sintomas da doença X, observa-se um grande número de casos de pacientes com a doença X. Ou seja, para se obter a definição da doença X, o ponto de partida é a sua própria definição. Nessa tautologia repousa a elaboração e o aprimoramento das categorias diagnósticas” (Camargo Jr., 1992: 211).

Aluna: “Para mim não tem diferença, parece a mesma coisa só que em pacientes diferentes”.

(Surtem entre os colegas comentários desfavoráveis à aluna).

Professor: “Olhe bem aqui, a diferença fica evidente se você reparar neste padrão”.

Aluna: “Mas a diferença não é maior do que aquela que você mostrou nas outras radiografias”.

(Protestos e comentários sarcásticos dos colegas sobre a aluna se generalizam pela sala. Ouve-se mesmo um “Caía a boca!” e sons imitando relinchos de cavalo, vindos do fundo da sala).

Professor, percebendo a crescente agitação na sala e encerrando a discussão: “Mas é assim que é!”

(A aula prosseguiu com a demonstração de imagens até o final sem outras interrupções).

No diálogo acima podemos ver como a projeção de imagens é utilizada como a exposição de um objeto concreto, “empírico”. Assim, a prática pedagógica se limita a uma “descrição” o mais “objetiva” possível, não sendo explicitados, em nenhum momento, os pressupostos cognitivos e perceptivos que permitem o seu reconhecimento no conjunto de cores e formas projetadas na parede.

Durante o trabalho de campo, observei outros conflitos semelhantes, criados pela dissonância entre a classificação utilizada pelo professor e a habilidade de o aluno perceber onde ele fundamentava a descontinuidade que atribuía às imagens, sem que o seu desenrolar houvesse diferido significativamente daquele acima descrito.

Em alguns casos, os professores utilizavam recursos visuais para demarcar as descontinuidades no seu discurso. Por vezes, a projeção de *slides* trazia intercaladas, entre um tema e outro, fotos de objetos absolutamente desvinculados do conhecimento que estava sendo passado, como paisagens, rostos de pessoas, monumentos etc., de modo a estabelecer, através do impacto visual, uma ruptura entre as seqüências de imagens¹⁵.

Em algumas situações, as imagens utilizadas para demarcar as descontinuidades temáticas nas aulas beiravam o grotesco ou o *kitsch*. Tive a oportunidade de observar as aulas de um professor que era conhecido entre os alunos na Faculdade de Medicina da UFRJ por pontuar suas aulas

¹⁵ Este procedimento parece ser bastante recorrente no ensino médico. Ver Roitman (1981b).

com a projeção de fotos dele e da sua família em férias, passeando em lugares como o bondinho do Pão de Açúcar, a Estátua da Liberdade, ou tomando singelos banhos de mar na Região dos Lagos¹⁶.

As dificuldades que os alunos têm em perceber as diferenças entre as imagens projetadas pelos professores revelam que o reconhecimento do conteúdo de uma imagem — ou seja, uma leitura correta da representação que ela veicula — exige, do mesmo modo que a leitura de um texto escrito, um capital cultural prévio que permita inserir as impressões visuais obtidas pela observação em uma rede de categorias que lhes dê um significado legítimo¹⁷ (Marin, 1996: 117).

Desse modo, é possível perceber como os objetivos para a utilização das imagens enquanto recursos pedagógicos explicitamente declarados pelos agentes não levam em consideração a necessidade de uma competência cultural comum ao professor e aos alunos para que o trabalho pedagógico possa se dar de forma efetiva. Esta posição se torna ainda mais clara nas falas de alguns professores entrevistados:

“Para mim os *slides* servem para mostrar a **realidade clínica** para os alunos. Claro que não é a mesma coisa que um paciente, mas em uma aula funciona da mesma forma, **pois a lesão está lá e é só você saber mostrar de modo que eles reconheçam depois**” (professor de Clínica — grifos meus).

“O uso da projeção de imagens tem a vantagem de você poder selecionar os casos mais típicos, **cuja imagem vai realmente marcar pela sua clareza**” (professor de Clínica — grifo meu).

“Claro que eu uso *slides*! De que outro modo eu poderia mostrar aos alunos do que eu estou falando? Se você não ver a lesão ou a conformação anatômica você não aprende nada em medicina” (professor de Obstetrícia).

Apesar disso, existe a consciência, por parte de alguns professores, de que a utilização de projeções fixas não atende às finalidades conscientemente estabelecidas:

¹⁶ A estupefação dos alunos mais compenetrados e a reação jocosa, com risos e piadas em voz baixa, daqueles menos envolvidos com a aula apontavam para o absurdo que a presença de tais imagens apresentava para a situação pedagógica.

¹⁷ Para uma reflexão feita a partir da escrita sobre as relações entre a leitura de um texto e o reconhecimento visual de figuras, ver também Saenger (1989).

“Sem dúvida existem muitos abusos e má utilização das projeções”
(professora de Clínica).

“A maioria dos professores não sabe se valer dos recursos de imagens nas suas aulas” (professor de Clínica).

Entretanto, mesmo essa percepção crítica por parte de alguns professores não leva a uma problematização dos pressupostos cognitivos presentes na utilização de imagens no curso médico.

A representação do componente visual nas aulas do curso de medicina, como um veículo “neutro” de informações, cria e sustenta a ilusão pedagógica de que elas não passam de uma demonstração. Tal percepção dos recursos visuais se articula com o empiricismo do discurso médico, levando os agentes a crerem que os comentários do professor decorrem de uma “realidade” visível e, logo, óbvia.

Frases proferidas pelo professor — “esta imagem dispensa comentários”, “aqui está (...)”, “vemos aqui (...)” ou “como vocês podem ver (...)” — ajudam a criar a idéia de que a situação clínica é algo dado ao médico pelo paciente, ou melhor, pela natureza. Este é um ponto de ligação entre as aulas expositivas e as aulas práticas no curso de medicina, pois ambas se fundamentam na demonstração de uma realidade que é representada como dotada de existência concreta.

Vale ainda ressaltar que esse mesmo tipo de atitude, com as devidas variações pessoais de cada professor e de cada situação didática, consistiu em um padrão recorrente nas aulas observadas na Faculdade de Medicina. Esse padrão se impôs mesmo em disciplinas em que a utilização da projeção fixa de imagens parecia completamente inadequada, ou mesmo impossível, como Psiquiatria ou Medicina Preventiva, em cujas aulas, frases, listas, diagramas e esquemas eram insistentemente projetados.

Nesses casos podemos perceber um ponto importante para a compreensão da função das imagens projetadas no ensino médico, pois caso se tratasse apenas da ilustração ou do destaque de informações relevantes para a aula, o quadro negro poderia ser perfeitamente utilizado em inúmeros casos. Porém, nas situações observadas, o quadro negro só foi utilizado para complementar argumentos surgidos fora do esquema da aula, sendo a argumentação principal quase sempre acompanhada das imagens projetadas, mesmo quando se tratava de frases curtas ou de listas com poucos itens.

A projeção de *slides* ou transparências com textos escritos ou esquemas faz com que estes sejam apresentados apenas na sua forma final, acabada,

para os alunos, levando a um apagamento do seu processo de produção¹⁸. Isso estabelece a percepção do texto médico como algo com limites precisos, determinados pela natureza de seu “objeto”.

Mesmo nos casos de disciplinas ligadas a objetos que se prestam menos a uma exposição visual, o alto valor científico e didático atribuído ao uso de imagens no campo médico suscita a improvisação iconográfica para alguns temas. O caso extremo que pude observar foi o de um professor que, numa aula sobre sexualidade humana, se valeu de fotos de esculturas eróticas de templos da Índia para mostrar aos alunos que nos últimos cinco mil anos “não há nada de novo sob o sol”, conforme afirmou.

Tal afirmação possui evidentes inconsistências pedagógicas e acadêmicas, pois, além de ignorar pesquisas históricas, que mostram o caráter histórico — logo mutável, da sexualidade humana — apresenta graves incorreções sobre história da arte, já que os templos indianos mostrados não podem, em hipótese alguma, ser datados de cinco mil anos atrás.

Essa falta de consistência acadêmica só pode ser compreendida se for relacionada à necessidade que as práticas de transmissão do conhecimento no ensino médico têm em apresentar uma presença visual que remeta a uma existência empírica concreta. Essa forma de legitimação discursiva constrange os agentes a criarem imagens para “fundamentar” seu discurso, por menos que este se relacione com as figuras mostradas.

Os procedimentos de naturalização e “coisificação” das imagens encontram aqui seu ápice, pois as imagens das esculturas indianas são apresentadas como reproduções fiéis de atos sexuais. A suposição pedagógica presente neste caso é que o sentido das imagens é imediatamente apreensível, uma vez que elas mostram um fenômeno “natural” que todo ser humano pode compreender em princípio, embora, com certeza, os alunos ignorem quase tudo sobre a cultura e a arte da Índia antiga.

Assim, todas as mediações necessárias para uma interpretação correta das imagens são apagadas em prol de uma compreensão imediata fundamentada na simples observação de um fenômeno “natural”, cuja antiguidade parece assegurada pelo exotismo atribuído à arte indiana.

¹⁸ Esse apagamento do processo de construção do conhecimento está claramente presente no gênero de texto mais utilizado pelo ensino médico: os manuais. Nestes, os debates são selecionados para fornecer a ilusão de um saber que avança cumulativa e crescentemente em uma única direção, além de eliminar as contestações e alternativas que podem colocar em questão o saber “estabelecido” (Kuhn, 1989: 29-42). Para uma análise deste fenômeno no caso da AIDS, ver Camargo Jr. (1994: 123-125).

Através da mobilização desses mecanismos discursivos e pedagógicos, a tese do professor pode contar com a certeza de uma prova observável, satisfazendo os requisitos de cientificidade com base empírica exigidos pelo saber médico.

Uma prova da força que a necessidade de visualização apresenta no processo de apreensão do saber médico é o fato de muitos alunos reproduzirem nos seus cadernos não apenas o conteúdo dos textos projetados, mas também a sua **disposição gráfica**. Isso mostra que o texto serve mais como um objeto para um futuro reconhecimento, do que como uma série de informações e conceitos a serem conscientemente compreendidos e retidos (Foucault, 1988: 34).

Uma aluna do 6º período, que copiou no seu cadernos os *slides* projetados nas aulas, não apenas reproduzindo a sua forma e disposição espacial mas também suas cores, ao ser indagada por nós sobre a razão de tal procedimento, respondeu:

“Eu copio os *slides* perfeitamente porque depois, na hora de estudar, fica mais fácil, é só olhar para eles que eu me lembro da aula e, depois de um tempo, não preciso nem ler mais, o que está escrito vem na minha cabeça imediatamente. Além disso, isto ajuda a você lembrar das imagens que foram passadas”.

As práticas acadêmicas aqui descritas produzem um apagamento do processo de construção das imagens, que são apresentadas como meramente decorrentes de uma “reprodução” da realidade empírica, ela própria dotada de uma existência concreta compreensível pela observação direta. Essa naturalização do objeto do conhecimento acaba por atingir o próprio discurso médico, o qual passa a ser apresentado como resultado direto da observação, cabendo ao aluno apenas aprender associar as “palavras” às “coisas” da medicina.

Ver

Dos alunos ouvidos em conversas e entrevistas, a maioria considerou o uso de imagens como um recurso didático adequado à transmissão do saber médico:

“É válido, porque quando você vê o que está sendo falado, você

guarda melhor a informação” (aluno do 6º período).

“Para mim é muito melhor, já que assim você pode saber do que se trata e vendo você aprende melhor” (aluna do 8º período).

Existe também entre os alunos uma consciência crítica de certos abusos na utilização dos recursos visuais, principalmente quando estes são percebidos como uma tentativa de substituição de um discurso articulado por uma mera leitura de tópicos pelos professores. Nas entrevistas, alguns alunos expressaram o seu desconforto com o que consideravam um mau uso das projeções fixas:

“Na maioria das vezes as transparências e os *slides* servem para o professor ler e não dar aula. Quando são apenas tópicos que ele desenvolve é ótimo” (aluna do 10º período).

“Quando o professor só fica lendo transparências ou mostrando *slides* em ritmo acelerado eu paro de prestar atenção. Afinal é só copiar o que está escrito ou pegar o caderno de alguém depois. Não tem por que prestar atenção” (aluno do 11º período).

É perceptível nas falas dos alunos que parte da eficácia pedagógica das imagens no ensino médico está no fato de elas se apresentarem como parte constitutiva do discurso professoral, o qual consiste na principal forma de veiculação acadêmica do saber médico.

A percepção que os alunos têm das imagens projetadas tende a se adequar àquela que os professores procuram inculcar com o seu discurso. Como o capital cultural — em específico, o capital científico ou médico — que os alunos possuem não lhes permite atribuir ao que é visto um significado independente daquele que é transmitido pelo professor, eles dependem do discurso professoral para estabelecer uma apreensão legítima da imagem em termos médicos e acadêmicos.

Assim, do mesmo modo que os professores, os alunos consideram a positividade concreta da imagem a chave para sua compreensão. Podemos perceber essa disposição nos discursos de alguns alunos:

“No início é difícil, mas depois que você **treina o olhar** você consegue reconhecer o padrão das lesões” (aluno do 8º período — grifo meu).

“Às vezes você não vê, mas **depois de um tempo você vê que estava**

tudo lá, na imagem e você é que não conseguia ver” (aluna do 11º período — grifo meu).

“É só prestar atenção no que o professor está dizendo e acompanhar o que ele está mostrando. **É uma questão de ver o que está sendo descrito”** (aluna do 9º período — grifo meu).

As falas transcritas — as duas primeiras provêm de entrevistas e a última foi recolhida em uma roda de conversa, na qual se debatia a qualidade ou não das aulas de um determinado professor¹⁹ — ilustram como os estudantes percebem o aprendizado através das imagens como uma questão de treinamento do olhar.

Tudo se passa como se a aquisição da capacidade correta de interpretação visual fosse uma mera questão de quantidade da atenção empregada e não uma transformação qualitativa da mesma. A mudança das próprias categorias e esquemas lógicos que orientam a percepção através do trabalho pedagógico não foi colocada em questão. Tal atitude decorre da ausência de explicitação dos mecanismos lógicos e perceptivos que possibilitam o “treinamento” do olhar.

Por isso as dificuldades que alguns alunos apresentam em identificar as discontinuidades que o discurso do professor aponta nas imagens representam um sério problema para esse sistema pedagógico. Mesmo os professores que apresentam boa vontade em fornecer explicações geralmente não conseguem escapar da “concretude” das imagens, insistindo em remeter o estudante a uma observação mais detalhada das mesmas.

Essa disposição prática em relação à apreensão e mobilização do conhecimento também aparece no discurso dos alunos. Entre eles é comum a identificação das imagens projetadas com uma suposta “realidade” clínica ou cirúrgica, para a qual a passagem pode ser feita sem grandes mediações.

O empiricismo que perpassa esses discursos se baseia na ilusão de que os objetos do saber médico apresentam uma existência concreta, no sentido de poderem ser apreendidos independentemente de um aparato cognitivo específico, logo fazendo parte da “realidade” ou da “natureza”.

Durante as entrevistas os alunos insistiram nesse ponto, afirmando que as projeções fixas fornecem às aulas expositivas uma base empírica semelhante à das aulas práticas, dando consistência à explicação do professor:

¹⁹ Vale ressaltar aqui que a fala da aluna do 9º período recebeu a anuência dos demais colegas com quem ela conversava, ficando a discussão centrada nas habilidades intelectuais, ou a falta delas, por parte do professor.

“Quando você vê a imagem você entende melhor, porque **está tudo lá, é só prestar atenção** na demonstração do professor que você aprende o que se trata” (aluna do 9º período — grifo meu).

“É melhor ver sobre o que a aula está falando, pois quando você for para a prática você vai poder lembrar quando encontrar a **mesma coisa**” (aluna do 11º período — grifo meu).

Mesmo os alunos que estabeleceram alguma diferença entre os recursos visuais e os objetos representados, o fizeram mantendo uma posição de “naturalização” de ambos:

“Claro que uma imagem não é a mesma **coisa** que a prática, mas serve para você ver o que vai encontrar” (aluno do 9º período — grifo meu).

“As projeções não substituem o contato com a realidade da prática. Elas apenas te mostram o que existe nela” (aluno do 11º período).

Assim, é possível perceber como os alunos compartilham com os professores a visão dominante de que as imagens possuem uma positividade que remete à existência concreta de um objeto empírico. Para eles, o sentido da imagem pode ser corretamente apreendido através da simples observação, uma vez que a realidade ali retratada é “neutra” em termos de pressupostos teóricos ou valorativos.

Reconhecer

Resta agora analisar como se produz esse consenso perceptivo entre alunos e professores, ou seja, através de quais instrumentos é feita a inculcação do sistema de pensamento dominante no campo médico.

Uma instância fundamental nesse processo são as avaliações, cuja função institucional consiste na verificação da eficácia das práticas pedagógicas. As avaliações também têm a função de consagrar os pressupostos do trabalho pedagógico como a medida de todo raciocínio academicamente legítimo:

“o exame (...) na medida em que impõe como digna da sanção universitária uma definição social do conhecimento e da maneira de manifestá-lo, oferece um de seus instrumentos mais eficazes ao empreendimento de inculcação da cultura dominante e do valor dessa cultura” (Bourdieu e Passeron, 1982: 153).

Na Faculdade de Medicina da UFRJ é comum, desde o início do curso, que existam questões nas provas exigindo o reconhecimento ou a reprodução de imagens que foram projetadas em aula. Nas provas de Embriologia, no primeiro período, costuma ser pedido que os alunos completem um esboço impresso com as características do feto humano segundo a fase de desenvolvimento apontada.

Nas disciplinas de Clínica Médica a presença das imagens nas provas ganha mais força, pois as questões incluem a decifração de exames de imagem, como radiografia, tomografia computadorizada, ecocardiograma etc.

As avaliações de Clínica Médica costumavam tomar a forma de casos clínicos hipotéticos ou simplificados, os quais incluíam uma anamnese, um relato do exame físico com os principais achados, os resultados de exames complementares e de exames de imagem. Os estudantes deveriam utilizar esses dados para chegar ao diagnóstico provável e propor o tratamento mais adequado.

Durante as avaliações, como os exames de imagens e suas condições de utilização não poderiam ser reproduzidos para todos os alunos, as imagens permaneciam na frente da sala ou do anfiteatro, para onde os estudantes se deslocavam com o objetivo de analisá-las e decifrá-las a partir dos dados fornecidos pelo texto da prova.

A imagem exposta funcionava como um “representante” do paciente, tendo importância fundamental no processo de construção do diagnóstico, uma vez que permitia a realização, dentro das limitações da situação, de um “exame” detalhado de partes corporais consideradas relevantes para o diagnóstico²⁰. Como disse um aluno, ao comentar uma prova de Clínica:

“Não adianta tentar resolver a questão só com os dados fornecidos, tem que ver a radiografia. É nela que você vai ter certeza do que se trata” (aluno do 6º período).

Porém, os mecanismos de construção do diagnóstico utilizados pelos alunos consistem menos em um contraste analítico entre as diversas informa-

²⁰ A importância das imagens na prática médica atingiu tal ponto que, mesmo quando o paciente está realmente presente, a análise dos exames de imagem possui mais valor que os dados do exame físico ou da anamnese (Porto, 1995: 79-108). Tal fato acaba por inverter o sinal da função da imagem que, em princípio, consiste em trazer à presença algo ausente ou inexistente, fazendo com que ela acabe por afastar ou abafar algo existente e presente (Sartre, 1986: 46).

ções presentes na questão, do que na seleção, em repertório prévio de imagens e doenças, do par que mais se adequa à situação descrita na prova. Um aluno entrevistado foi claro a este respeito:

“Eu vou lá na frente e vejo se identifico a imagem a partir das informações que a prova já deu. Às vezes eu leio e penso: ‘Só pode ser isso!’, vou lá e confirmo com a imagem. Às vezes a questão não te esclarece nada, mas você vê a radiografia e pensa: ‘Com esse padrão só pode ser isto’, aí é só verificar se não tem nada de muito contrário no resto da questão. O pior é quando você acha uma coisa na questão e vê a imagem de outra. Aí eu escolho o que me dá mais certeza, geralmente prefiro a imagem, que, se você sabe o que é, não pode ser outra coisa” (aluno do 6º período).

Vemos assim que as imagens são objeto de **reconhecimento**, ou seja, de uma produção de sentido cujas etapas, condições e procedimentos permanecem implícitos para o agente, o qual não pode exercer nenhum controle consciente sobre as suas formas de mobilização intelectual.

Os alunos fazem a identificação do objeto ao qual a imagem se refere seguindo os procedimentos utilizados pelos professores para explicá-la em aula. Eles procuram na própria figura projetada os seus elementos definidores, e não na análise das categorias utilizadas para a sua construção.

Isso impede que a imagem seja percebida como o **produto final** de um processo perceptivo e cognitivo, pois todas as suas etapas são achatadas no reconhecimento imediato. O apagamento do processo de construção da imagem cria a ilusão de que, na verdade, a identificação do objeto decorre diretamente de sua presença na imagem.

Essa concepção “naturalista” ou “concretista” das imagens também está presente nas avaliações, como a exigência de reproduzir ou produzir um desenho de alguma estrutura anatômica ou patológica. Um caso clássico na Faculdade de Medicina são as provas da disciplina de Oftalmologia, que há anos contêm sempre a mesma questão: “Desenhe um olho”. Nesse caso, como se trata apenas da mera reprodução gráfica da estrutura do olho humano, sem que seja exigida nenhuma reflexão sobre a escolha das estruturas pertinentes para a caracterização do mesmo, muitos alunos já trazem o desenho pronto de casa e, discretamente, ou nem tanto, o copiam na hora da prova.

O que nos interessa aqui é o fato de a imagem ser tratada como um dado

completamente “objetivo”, sem que se coloque a questão da sua inevitável simplificação em relação ao objeto representado ou dos critérios que permitem reconhecê-la como “correta” ou não.

Esse caso mostra como os mecanismos de reconhecimento de objetos do saber médico a partir da visualização de imagens são legitimados pelas práticas institucionais de verificação e, logo, de consagração do conhecimento, presentes no cotidiano do curso médico.

Conclusão

Apesar da relação direta que os agentes do campo médico estabelecem entre os recursos visuais e a realidade empírica do ato médico, essa estrutura cognitiva costuma ser colocada em questão quando os alunos de medicina se iniciam nas atividades ligadas à prática profissional. Isso costuma ocorrer na metade do curso, quando os alunos começam a fazer atendimentos ambulatoriais no hospital universitário e a dar plantões fora deste ou durante o período do internato.

Ao se depararem com os objetos do conhecimento e da ação da medicina, os estudantes encontram uma realidade que não é completamente redutível aos esquemas de percepção internalizados durante a faculdade. Desse modo, o mecanismo básico de apreensão da realidade que lhe foi inculcado — o **reconhecimento** de tipos revelados pela observação empírica da realidade — fica bastante comprometido pela multiplicidade do real. O descompasso entre a capacidade de apreensão lógica e o estímulo à percepção traz dificuldades para a atribuição de sentido aos fatos observados e, logo, à sua compreensão.

“Quem dera que os pacientes fossem todos ‘de livro’. Entre o que você viu nas aulas e o que você encontra no ambulatório tem um abismo” (aluna do 8º período).

“Na verdade o que incomoda é que a **imagem** que você tem da doença nunca bate com o que aparece para você no atendimento” (aluno do 6º período — grifo nosso).

A falência momentânea do sistema classificatório adquirido pelos alunos, de garantir a competência cultural exigida pela aplicação prática da medicina, é expressa nos discursos dos alunos como um certo grau de desorientação e desânimo em relação ao seu desempenho ou à sua formação profissional:

“A questão é que não se aprende nada na faculdade, estou no 9º período e ainda não sei ver paciente” (aluno do 9º período).

“É muito difícil consolidar o que se aprendeu, é muita coisa! Na hora da prática parece que você nunca viu aquilo antes. É aí que você sente as suas limitações” (aluna do 6º período — grifo meu).

No entanto, o simples desconforto causado pela falta de domínio consciente dos mecanismos intelectuais envolvidos na apreensão da realidade não leva os estudantes de medicina a abandoná-los. O exercício prático sob a supervisão de professores e residentes acaba por superar o descompasso entre os procedimentos intelectuais adquiridos e a realidade encontrada. Através da imitação e da correção prática, os alunos acabam por refinar e automatizar os mecanismos intelectuais envolvidos no processo de reconhecimento dos tipos do saber médico.

Esse treinamento aumenta, sem dúvida, a operacionalidade do sistema de percepção veiculado pelo ensino médico; porém ele não torna, em momento algum, nenhum de seus pressupostos mais explícitos. Pelo contrário, pois ao automatizá-los, ele produz uma naturalização extrema que impede que o agente envolvido perceba, em momento algum, que sua percepção não deriva diretamente da “ordem das coisas”.

Desse modo, a naturalização das categorias médicas e a sua associação com objetos dotados de uma existência concreta e “natural” permanece como um dos principais elementos estruturantes das ações dos agentes na prática profissional da medicina.

Um reflexo disso é o fato de a prática médica estar cada vez mais dependente de métodos de diagnóstico por imagem, em detrimento de outras formas de investigação clínica, como a anamnese ou o exame físico. Na origem dessa tendência está a noção que somente os exames de imagem podem tornar visível a verdadeira “realidade” clínica, ou seja, a lesão patológica (Porto, 1995: 96-97).

Assim, é possível perceber como a análise do uso de imagens, enquanto recurso pedagógico no ensino médico, revela as formas de inculcação das disposições práticas que orientam a prática profissional.

Esses mecanismos implícitos de transmissão de uma relação “naturalizante” com o saber também tornam claros os limites das discussões pedagógicas sobre o ensino médico. Os agentes atuantes, ao se limitarem a discutir normas didáticas ou conteúdos ensinados, aceitam como “neutras” as disposições práticas que regem o uso das técnicas pedagógicas.

Isso permite que as práticas acadêmicas continuem a reproduzir as relações estruturantes do campo médico, sem que os agentes envolvidos possam ter um controle consciente desse processo, seja em termos de transformá-lo ou de torná-lo mais eficaz.

Referências Bibliográficas

- BARTHES, R. *Aula*. São Paulo: Cultrix, 1980.
- BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- BECKER, H. S.; GEER, B. *et al. Boys in white: student culture in Medical School*. New Brunswick/London: Transaction, 1992.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève/Paris: Droz, 1972.
- _____. *Homo academicus*. Stanford: Stanford University Press, 1988.
- _____. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BOURDIEU, P.; BOLTANSKI, L. *et al. Un art moyen: essai sur les usages sociaux de la photographie*. Paris: Minuit, 1965.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de Ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- CAMARGO JR., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-227, 1992.
- _____. *As ciências da AIDS e a AIDS da ciência: discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- DURKHEIM, E.; MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação. Contribuição para o estudo das representações coletivas (1903). In: MAUSS, M. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1981. p. 399-455.
- EICKELMAN, D. *Knowledge and power in Morocco*. Princeton: Princeton University Press, 1985.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. *Isto não é um cachimbo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- FRAGA FILHO, C.; ROSA, A. R. *Temas de educação médica*. n. 1.: MEC/Secretaria de Ensino Superior, s/d. (Série *Monografias de Ensino Superior*, v. 1).
- FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of Sociology of applied knowledge*. New York: Dodd/Mead, 1972.
- GOMES, A. C. Da Defesa de tese na universidade. *Folha Médica*. Rio de Janeiro, v. 84, n. 1-2, p. 3-14, jan./fev. 1982.

- GOODY, J. *A lógica da escrita e a organização da sociedade*. Lisboa: Ed.70, 1987.
- HOSSNE, W. S. Relação professor-aluno: inquietações-indagações-ética. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 49-94, mai./ago. 1994.
- HUMPHREYS, S. Introduction. In: HUMPHREYS, S. (ed.). *Cultures of scholarship*. Ann Arbor: Michigan University Press, 1997.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- LAMBEK, M. *Knowledge and practice in Mayotte*. Toronto: University of Toronto Press, 1993.
- LEROI-GOURHAN, A. *O gesto e a palavra: 2 - Memória e ritmos*. Lisboa: Ed.70, 1987, v.2.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1976.
- MARIN, L. Ler um quadro: uma carta de Poussin em 1639. In: CHARTIER, R. (org.). *Práticas da leitura*. São Paulo: Estação Liberdade, 1996. p. 117-140.
- MAUSS, M. Les techniques du corps. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1995. p. 365-386.
- MESSICK, B. Genealogies of reading and the scholarly cultures of Islam. In: HUMPHREYS, S. (ed.). *Cultures of scholarship*. Ann Arbor: Michigan University Press, 1997.
- PEIRANO, M. *A Favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- PINTO, P. G. H. R. *Saber ver: recursos visuais e formação médica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- PORTO, M. A. T. *Um espectro na máquina*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.
- ROITMAN, R. Tecnologia educacional: fim ou meio. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 79-84, set./dez. 1978.
- _____. Aula expositiva. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 38-41, jan./abr. 1981.
- _____. Uso e abuso de projeções fixas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 131-136, mai./ago. 1981b.
- ROSA, A. R.; FRAGA FILHO, C.; PONTES, J. L. *Ensino médico: atualidade de uma experiência*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.
- SAENGER, P. Physiologie de la lecture et la séparation des mots. *Annales E.S.C.* Paris, n. 4, p. 939-952, juil./août 1989.
- SAHLINS, M. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- SARTRE, J.-P. *L'imaginaire: psychologie, phénoménologie de l'imagination*. Paris:

Gallimard, 1986.

_____. A imaginação. In: PESSANHA, J. A. M. (org.). *Sartre*. São Paulo: Nova Cultural, 1987, p. 33-107 (Coleção *Os Pensadores*).

SCHRAIBER, L. B. *O médico e o seu trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1993.