Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização

Aluno: Charles Dalcanale Tesser
Orientação: Gastão W. S. Campos
Co-orientação: Madel T. Luz

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Fevereiro de 1999

Banca examinadora da dissertação de Mestrado

Orientação: GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

Co-orientação: MADEL TEREZINHA LUZ

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

Aos que teimam em buscar a *cura dos doentes*

Agradecimentos

Agradeço

Aos meus orientadores,
Gastão, pelo estímulo, pelo clima de liberdade e abertura e
Madel, pelo ensinamento acadêmico e pelo exemplo de como manter a vida viva dentro da Ciência.

Aos amigos do departamento, especialmente,
Nelson, pelas críticas e debates
Gustavo, pelo incentivo, debates e amizade sempre presentes
Martinha, pelo estímulo, carinho e pelos ensinamentos vários
Jô, pela amizade e pela ajuda sempre presente nas horas de necessidade.

Às minhas amigas do trabalho cotidiano,
Sônia, pela cumplicidade e pelo empurrão para estudar outras medicinas
Bia, pela convivência e pelas férteis e contínuas discussões

Aos meus amigos
Albert, pela amizade irrestrita, ajuda inestimável e estímulo
Teca, pela amizade, carinho, discussão e revisão do texto
Otávio, pelo ensinamento sem o qual este trabalho não seria possível.

Finalmente, aos que são a razão de ser disso tudo
Aos doentes, particularmente os “meus” pacientes,
fontes de tantas buscas e de tanto aprendizado.

Sumário

Apresentação 1
Pequena história do autor e problemas vividos 3
Pequena história do estudo 9

Capítulo 1

A influência da biomedicina na crise da atenção à saúde e na medicalização social: bases metodológicas

Introdução 12
A atenção à saúde nos serviços públicos: “em defesa da vida” 19
A atenção à saúde individual (a clínica): “em defesa da vida” 25
A cultura, a atenção à saúde e a medicalização social 28
A iatrogênese cultural: a alienação da dor e da doença 34
A contraprodutividade 41
Os caminhos indicados por Illich 43

Capítulo 2

O paradigma da biomedicina e a crise da atenção à saúde:
A dicotomia entre a “doença do médico” e a “doença do doente”

Introdução 50
A separação entre a realidade e os sujeitos 54
As doenças e os homens 57
A "teoria das doenças" 62
A terapêutica biomédica 74
Causa, consciência, doença e cegueiras 78
Estilo de pensamento biomédico e a crise 85
O saber biomédico e a autonomia dos sujeitos 99
A parte profilática da biomedicina e a autonomia 101
A parte terapêutica da biomedicina e a autonomia 105

Capítulo 3

A atenção à saúde e as representações sociais de saúde-doença na construção cotidiana da cultura

Introdução....112
A interação das representações sobre saúde doença na atenção....120
As representações dos profissionais de saúde....120
As representações dos doentes....122
A interação profissional-doente e a cultura hegemônica em saúde....125
Dois sujeitos "padrão"....125
Profissional "padrão" e doente "desviante"....126
Dois sujeitos "desviantes"....130
Profissional "desviante" e doente "padrão"....131
A assimetria de influências....133
Os interesses dos médicos nos serviços públicos de atenção à saúde....139
Os interesses dos doentes....140
Os interesses dos médicos....143

Capítulo 4

Proposições para atenção à saúde: ensaiando desmedicalizar o mundo

Introdução....155
"Descolar" a atenção à saúde institucional da biomedicina....161
Reformar a clínica biomédica por dentro....175
Um exemplo de retaguarda à clínica desmedicalizante....187
A demanda espontânea, a medicalização social, a crise da atenção à saúde individual: sua importância para a Saúde Coletiva....193
Significado institucional e gerencial de se desmedicalizar a atenção à saúde....198

Referências bibliográficas....205

Resumo

A crise da atenção à saúde nos serviços públicos e a *medicalização social* hoje crescentes radicam-se em fatores complexos de múltiplas dimensões, sendo alguns deles inerentes à própria biomedicina.

Este trabalho busca analisar, sob o enfoque da interação cotidiana entre médico e doente, a influência intrínseca dessa medicina, enquanto saber e prática, na geração e alimentação da citada crise e da medicalização social, ressaltando aspectos importantes de serem elucidados e enfrentados.

Nesse sentido, o estudo parte de um grupo de propostas institucionais de reorganização dos serviços conhecida como “em defesa da vida” e das contribuições de Ivan Illich (1975) para diagnóstico e enfrentamento da *medicalização social.* Analisa o saber biomédico através de um paralelo entre o paradigma dominante da biomedicina e aspectos relevantes da crise da atenção à saúde institucional. Analisa a prática biomédica discutindo a contribuição da atenção à saúde para a construção da cultura (e da *medicalização social*) e os interesses dos médicos no cotidiano dos serviços que conformam em muito as práticas em saúde institucionais.

Conclui pela relevante participação da biomedicina na produção da atual crise na atenção à saúde. Propõe e discute, ao final, três estratégias de enfrentamento para as questões levantadas: a) “descolar” a atenção à saúde institucional do monopólio biomédico (científico); b) reformar a própria biomedicina pelo seu exercício prático nos serviços públicos e c) reorganizar os serviços para torná-los compatíveis com e incentivadores de transformações visando a *melhoria* da atenção à saúde.

Abstract

The crisis in public health care and the presently growing *social medicalization* are rooted in complex factors with multiple dimensions, some of them inherent in biomedicine itself.

This work seeks to analyze, with a focus on the daily interaction betweeen doctor and sick person, the intrinsic influence of this type of medicine on knowledge and practice and in generating and maintaining the cited crisis and *social medicalization*, emphasizing important apsects to be elucidated and confronted.

In this sense, the study is based on a group of institutional proposals for the reorganization of services known as "in defense of life" and the contributions of Ivan Illich (1975) to the diagnosis and confrontation of *social medicalization*. It analyzes biomedical knowledge through a parallel between the dominant paradigm of biomedicine and relevant aspects of the institutional health care crisis. It also analyzes biomedical practice, discussing the contribution of health care to the construction of culture (and to *social medicalization*) and the interests of doctors in the daily provision of services that make up the majority of institutional health practices.

It concludes with the relevant participation of biomedicine in the production of the present crisis in health care. It proposes and discusses three strategies for confronting the questions it has raised: a) "delink" institutional health care from the biomedical monopoly (scientific); b) reform biomedicine itself so that it becomes a practical exercise in public services and c) reorganize services to make them more compatible with the incentives to transformation with the aim of *improving* health care.

A mais alta e única missão do médico é restabelecer a saúde nos doentes, que é o que se chama curar.

Samuel Hahnemman
(Organon da arte de curar)

Antes de tudo é preciso não querer desembaraçar a existência de seu caráter múltiplo (...). Que seja verdadeira apenas uma interpretação do mundo em que permaneçais no verdadeiro, onde se possa fazer pesquisa científica (queríeis dizer no fundo: mecânica) e continuar a trabalhar segundo vossos princípios, uma interpretação que permita que se conte, que se calcule, que se pese que se toque e nada mais: despropósito e ingenuidade admitindo-se que não seja demência e idiotice.

Espero entretanto que atualmente estejamos pelo menos suficientemente afastados dessa ridícula falta de modéstia de querer decretar do nosso ângulo que apenas dele se pode ter direito de ter perspectivas.

Friedrich Nietzsche
(A gaia ciência)

Apresentação

Acredito que a ciência não deve se desligar da vida e da natureza. Deve tematizar a vida dos seres que a fazem, dos que a sustentam, dos que são, muitas vezes, seu "objeto" de estudo. Se a ciência não enriquecer a vida e a sabedoria do homem e auxiliar na busca de sua liberdade, ela perde seu valor.

Ocorre que a vida, o homem e a natureza são profunda e ricamente complexos, misteriosos. Os cientistas ocidentais apostaram e apostam que um caminho poderia revelar todos esses mistérios: a razão.

A razão e seu fiel escudeiro, o método, para manter a confiabilidade e a pureza da produção do conhecimento verdadeiro, tentaram eliminar outras instâncias e modos de saber do homem, considerados então contaminadores desse conhecimento. Assim a vida real e as vicissitudes das pessoas deveriam ser alijadas da produção e da expressão da Ciência. Quanto à construção, o alijamento referido frustrou-se[1]. Quanto à expressão, o êxito foi praticamente total. O conhecimento científico expressa-se como passos lógicos de uma razão, seguindo seus métodos na busca do "verdadeiro" conhecimento. Não sendo tematizado enquanto tal, o homem (cientista) pouco se olha, pouco reflete sobre si mesmo e sobre o que faz, pouco cresce através do labor científico e do conhecimento ali produzido.[2]

O método deveria, junto com a razão, ser suficiente para esclarecer os mistérios da natureza e do homem, de sua saúde, suas doenças, sua cura. Todavia, eles têm se mostrado insuficientes para tanto, embora tenham permitido um objetivo dúbio pouco tematizado modernamente[3] nas intenções da Ciência: eles permitem um

---

[1] Por ser impossível. Os epistemologistas históricos o vem demonstrando: Kuhn (1987, 1989a,b,c); Fleck (1986); Feyerabend (1985, 1991).

[2] É claro que não nego as grandes contribuições desse conhecimento na modernidade. Apenas que estas contribuições de cunho "libertário" são parcela marginal e de pequena monta perto da magnitude e influência do aparato científico-institucional-industrial-tecnológico. Aliás, justamente nas áreas da ciência em que esta mais enriqueceu a compreensão do homem sobre si mesmo é que esses gigantes, a razão e o método, foram mais transformados e questionados e onde os cientistas mais aguerridos à ortodoxia fundadora da ciência questionam haver ciência: nas ciências humanas e sociais, na psicologia e psicanálise, etc.

[3] Nos primórdios da ciência, Francis *Bacon* assumiu explicitamente este programa de dominação forçada da

progressivo e parcial controle e domínio, no sentido de poder que se impõe sobre a natureza e o homem.

Um sutil deslocamento se opera. A busca da liberdade do homem, associada provavelmente ao crescimento de sua sabedoria e à sua transformação, fica traduzida como busca de controle racional, poder e domínio sobre a natureza e o próprio homem. Na medicina, sobre as doenças e partes do homem doente, ou mesmo dele todo. O que antes era busca de sabedoria e liberdade do homem agora é controle e domínio da natureza, do homem e da sociedade como coisas manipuláveis, na fantasia *baconiana*[3] impunemente. A natureza, antes cheia de maravilhosos mistérios, agora fica inimiga a ser controlada, vencida. "O que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e ao homem"[4].

Acredito que as crenças básicas da ciência, a razão, o método, o controle e o domínio, se são pilares do grande crescimento e sucesso científico, também o são de seus grandes desastres e perigos. Hoje, esses perigos forçam o homem, pelo mais doído caminho, a um crescimento e uma sabedoria que a ciência não propiciou, sob pena de catástrofes ecológicas e sociais e risco de sobrevivência.

O império da razão, do método, do controle e do domínio e a conseqüente ausência das pessoas e suas vidas inteiras na produção e na divulgação do conhecimento científico facilita certas caraterísticas comuns na Ciência, como a) a não responsabilização dos cientistas pelas idéias, conhecimentos e poderes produzidos; b) a pouca veracidade histórica do que se conta: só se estuda e se publica o que deu certo e é racionalmente explicável, metodologicamente reproduzível, e mais importante, socialmente aceito na comunidade de cientistas. Obscurece-se assim a verdadeira história da coisa, a história real que envolve interesses e trabalhos de muitas pessoas, ideologias, erros, coincidências, bom senso, disputas, consensos, divisões de méritos, propagandas, dinheiro etc.; c) o desvio daquilo que por muito interessante ou importante que seja é obscuro, pouco conhecido, sem teoria que explique, pouco manipulável, pouco controlável, enfim, pouco apreensível pelos métodos e teorias disponíveis ou aceitos; d) a existência de uma hipocrisia que teatraliza a ciência, empobrecendo-a. Qualquer que seja o objeto

---

natureza. Desde então isso esta implícito como "natural", pouco sendo tematizado. Estamos tão mergulhados na lógica *baconiana* que quase nos falta imaginação para conceber o que seria um conhecer sem dominar.

[4] Adorno & Horkheimer, 1985, p.20.

e os objetivos, seguindo os passos da razão e do método, conforme as regras instituídas e os assuntos da "moda científica", está valendo. Isso permite um jogo subterrâneo de poder político e econômico em busca de financiamentos, que está nos alicerces da ciência e pode definir linhas (e usos) inteiras de pesquisas, de forma a privilegiar os temas e objetos relacionados ao poder e ao controle. A ciência torna-se um modo de vida e os cientistas tornam-se vaidosos comerciantes de idéias, ávidos por financiamentos e reconhecimento.

Vê-se que os ideais e objetivos de sabedoria e liberdade vão ficando longe. Eles, de tão afastados, talvez já tenham sido abandonados na prática, tão difícil que a vida está para todos os cientistas, ainda mais no terceiro mundo, ainda mais no Brasil.

Buscando desviar da tendência alimentadora das características da Ciência descritas acima, a seguir faço, na primeira pessoa do singular (ao contrário do resto do texto) um breve histórico das experiências vividas, das preocupações e problemas motivadores deste trabalho. Tal contextualização é necessária dado que é do mundo da vida cotidiana da atenção institucional à saúde que parto, com minha história pessoal, intelectual e profissional; sendo que é a esse mundo que pretendo retornar. O trabalho desenvolvido nas páginas seguintes, igualmente, deve ser contributo a tal mundo e, se cumpridos seus objetivos, para ele deve ter alguma utilidade.

Pequena história do autor e problemas vividos

Na residência médica, participei do uso e do começo da adaptação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) às realidades dos serviços públicos de saúde, em meio às assessorias e projetos do Laboratório de Administração e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP (LAPA) onde o PES era instrumental básico[5]. Bebi do esforço militante dos meus professores em trazer para a Saúde Pública um espírito crítico para com a tecnicalidade tecnocrática da gestão, do planejamento, das tecnologias e saberes usados pela Saúde Coletiva. Apoiei o mergulho na militância pela construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) vislumbrado pela última Constituição, com serviços que pudessem se colocar em "Defesa da vida"[6], em que a doença e o sofrimento

[5] Uma síntese do modelo de planejamento estratégico citado encontra-se em Cecílio (1997).
[6] Lema do ideário de propostas em desenvolvimento permanente no LAPA para organização e gestão de serviços

seriam também objetos e objetivos centrais dos serviços e profissionais da saúde pública, ampliando grandemente o discurso preventivista sobre o processo saúde-doença, comprometendo-o com a real e cotidiana demanda de atenção à saúde (Campos, 1989, 1991).

Minhas angústias básicas, na época da residência, giravam em torno de que fui formado para dizer aos outros e cobrá-los sobre o que deveriam fazer, ou, de outra forma, ser gerente: gerenciar o trabalho alheio. A gestão era tema central da minha residência.

Nos projetos e assessorias em instituições públicas de saúde em que participei me intrigava a seguinte distância: dizíamos aos gerentes e com eles fazíamos dinâmicas e rituais sobre o que eles deveriam dizer e fazer com seus funcionários, para gerir o trabalho deles. Aliás, em geral esta distância era multiplicada: assessorávamos os chefes dos chefes (começando pelo "nível central"), na esperança da difusão de nossos ideários, compromissos, técnicas e éticas até a "ponta", a "porta" ou a base das instituições, onde o trabalho que as justifica, seja atendimento individual, seja práticas mais coletivas ou sanitárias de saúde era feito. Era este trabalho o objetivo nobre da instituição, do gerente ou do assessor e ficávamos relativamente longe dele, afastados dos seus objetivos e resultantes finais.

Além disso, sempre me pareceu que agíamos como se soubéssemos, estivesse facilmente reconhecível para nós e para os outros o que é que os funcionários da ponta, do atendimento, deveriam fazer para bem desempenhar sua função, cuidar dos doentes e das coletividades, concretizar o SUS. A ênfase era na criação de saberes e tecnologias de gestão: como organizar a confusão política e institucional, trabalhar pessoas para construção de sujeitos coletivos (equipes), instituir pequenos rituais e práticas que facilitassem o desafio de enfrentar os micropoderes, de democratizar, de moralizar e de "eticizar" a máquina institucional pública da saúde. Este desafio em bom andamento, a *boa* atenção à saúde, objetivo final disso tudo, poderia se dar sem percalços relevantes. A minha dúvida, era que, se de fato tínhamos algum "conhecimento de causa" sobre a gestão, não me parecia haver o mesmo em relação ao objetivo da gestão, a meu ver, o que pode ser chamado de atenção à saúde, individual ou coletiva. Tudo se passava como se todo bom médico, auxiliar e enfermeira, deveria saber fazer uma *boa* atenção.

---

públicos de saúde.

Recebi na minha residência uma grande carga de clínica médica, mais ou menos extensão do esquema de ambulatórios de clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia da escola médica. Mas o que seria uma *boa* atenção? A formação médica em geral ou a de boa qualidade (como a minha, afinal, a UNICAMP...) seria suficiente? Como será a *boa* atenção que todos supõem que exista? No meu raciocínio, se não se a pratica, como ter "conhecimento de causa" para cobrá-la de outros, como desdobramento final de qualquer instituição de saúde?

Paralelamente, durante e residência tive a oportunidade de conhecer e participar à distância do então nascente projeto de pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), intitulado, abreviadamente, Racionalidades Médicas. Ali pude desenvolver preocupações a respeito da existência e do valor de outras racionalidades médicas não científicas, a darem sentido e mesmo eficácia a tipos de interpretações e ações em saúde-doença muito diversas das comumente consideradas e valorizadas pela biomedicina e pela saúde coletiva. Vislumbrei ali a possibilidade de estudo sério, não manipulatório nem etnocêntrico (ainda que limitado e enviesado pelas regras da academia), de outras medicinas, inclusive uma que por coincidência autobiográfica conheci paralelamente à biomedicina durante a graduação.[7]

Em meio a estas questões é que fui trabalhar, após formado, em posto de saúde, como médico generalista, num serviço especialmente escolhido, um "laboratório natural" para o estudo dessas preocupações: um serviço numa localidade com pequena demanda, com população social e geograficamente bem delimitada e adscrita (único serviço médico disponível), funcionando como unidade mista - pronto-atendimento 24 horas por dia num posto de saúde bem equipado - onde uma médica sanitarista e homeopata chefiava uma equipe local mais que suficiente para realizar todos os sonhos sanitários possíveis, mas, é claro, com todas as dificuldades de uma unidade mista de uma prefeitura similar às demais brasileiras.

Nesse posto de saúde vivi como médico experiências que dificilmente viveria numa cidade grande: o contato continuado e o conhecimento progressivo da população e suas peculiaridades socioculturais, a possibilidade de exercitar habilidades clínicas e humanas para além do ato técnico diagnóstico e terapêutico, as dificuldades de organização do serviço e sua relação com os profissionais e o

[7] Refiro-me ao contato que tive, como aprendiz e paciente, com a medicina chinesa na sua vertente tradicional, isto é, via transmissão oral por imigrante chinês na cidade de São Paulo.

nível central, a chance de inventar atividades individuais ou coletivas de ação em saúde, o contato de perto com saberes populares e "alternativos" em saúde, estimulado por necessidades terapêuticas.

O aprendizado e o exercício de se tornar um médico-terapeuta impuseram outras questões e dúvidas, e o aprofundamento em vários aspectos das já citadas. É preciso comentar algumas dessas motivações básicas, frutos desse tempo de exercício terapêutico.

A prática médica é *sui generis*. Muitas vezes, se podemos escutar calmamente o que nos falam os pacientes, observamos que nos falam coisas incríveis, bem além do que nosso esforço de estudo e atualização científicas permitem interpretar, e para as quais não temos explicações – a não ser, é claro, que escapemos logo para a vala comum do discurso "psicossomático" ou "psico-alguma-coisa" etc.[8]

Diagnosticamos hipertensões, baixamos quimicamente a pressão arterial, mas muitas vezes aquilo que trouxe o paciente até nós não melhora. A "fundeza" e a dor no estômago, por vezes, não cedem com o tratamento adequado e com a dieta. Ou passa a dor e fica a "fundeza", sendo relativamente comum que tudo "revolte" após o fim do tratamento quimioterápico, com endoscopia e tudo. As dores: quantas e quão misteriosas são elas. Se cedem com antiinflamatórios, às vezes voltam depois. Ou mudam de lugar. E as tantas que não cedem? Dores abdominais, artralgias, dores nos membros, dores torácicas e tantas outras: apesar dos inúmeros exames e consultas com especialistas, resistem sem diagnóstico. São muitas as queixas sem enquadramento nem nome além de algum sinônimo técnico.

Mesmo sem diagnósticos precisos, é claro que resta sempre algum sintomático passível de uso. Mas mesmo quando funcionam bem (sedam sintomas), como é frustro seu efeito, ou, doutra parte, como é comum o surgimento de novos sintomas, similares ou não, a exigir o recomeço de tudo, e comumente a finalizar no uso repetido de mais e mais sintomáticos.

---

[8] Por mais que esta vala possa ser hoje valioso objeto de possíveis verdades científicas "complexas", desafios para a ciência, me parece necessário reconhecer que, no cotidiano de todos nós médicos e dos serviços, ela apenas é a saída mais rápida e um tanto preconceituosa para a angústia de não saber o que se passa, não saber o que fazer, não poder explicar ou compreender, nem biomedicamente nem psico-sociologicamente, coisas estranhas, sobre as quais não podemos ter controle.

Vale ainda comentar sobre os doentes que misteriosamente melhoram ou pioram (por exemplo, hipertensos e diabéticos que deixam de sê-lo). Diabéticos pioram apesar de nosso esforços para mantê-los sob controle, identificar fatores de descompensação, prescrever drogas, fazer "papoterapias", orientar dietas, exercícios, caminhadas etc. Cardiopatas ou diabéticos abandonam seus tratamentos, voltam descompensados e raciocinamos: "viu como a ciência está certa?" Mas, e os que voltam meses ou anos depois por outro motivo, sem sinais e livres do problema crônico anterior, de tal modo estranho que ficamos duvidando mesmo se vemos os registros, as prescrições, os exames antigos, a história clínica, tudo comprovando a presença pregressa da doença.

O homem e sua saúde e doença são misteriosos, "não só mais estranhos do que supomos, como mais estranhos do que podemos supor" (Tarride,1998, p.22). Não se pode, na minha opinião, falar em saúde, individual e coletiva sem levar em conta esses mistérios, essas "anomalias", esses pontos cegos, essas dúvidas. Pode-se sempre responder com uma profissão de fé: a ciência avançará, com a computação, a epidemilogia *bayeseana*, a biologia molecular e a engenharia genética, a teoria do caos[9] etc.. Enfim, a biomedicina irá, logo, tratar muito melhor a todos. Ou então, pode-se responder que os recursos disponíveis, os serviços, as instituições são ruins. Os baixos salários, os médicos, o sistema de saúde, os funcionários, o gerenciamento, a política, enfim, o 'resto' é responsável pelos fracassos ou deficiências da biomedicina. Mas onde estaria a "verdadeira" medicina científica? No mundo das idéias dos cientistas de fé, ou nas intenções dos "bons médicos"?

Estas respostas, por mais que contenham verdades (e transbordam delas), parecem-me com aquela séria anedota sobre a defesa da teoria de que todos os gansos são brancos. Quando alguém aponta para um ganso preto, a resposta "ad hoc" vem rápida: não é um ganso, é um fanso (Alves, 1995).

Isto implicaria discutir as crenças nas verdades e classificações dos cientistas, mas os cientistas, em geral, e particularmente da biomedicina, não admitem discutir suas crenças, pois a Ciência e eles mesmos não teriam crenças: trabalhariam com fatos e evidências. Será que não têm crença mesmo?

---

[9] Uma síntese didática dos modelos científicos "de ponta" resumindo estes conceitos pode ser encontrada em Capra (1996), e também em Prigogine (1996) .

A sociedade, os cientistas, o CRM[10], as pessoas "comuns" e nós médicos e sanitaristas acreditamos, sim, que a biomedicina é muito boa, maravilhosa mesmo. Necessária e valiosa em muitas circunstâncias.

A prática cotidiana de atenção à saúde na rede básica, entretanto, mostra que, muitas vezes, ela é insuficiente. Ainda mais e principalmente se levarmos em conta seus aspectos e conseqüências culturais. Este é um dos grandes problemas discutidos neste trabalho.

Doutra parte, no Brasil, o SUS peleja para se estabelecer como fonte de atenção à saúde dos brasileiros, como direito do cidadão. Encontra poderosos adversários e complexas dificuldades. Dentre elas, a missão até agora impossível de oferecer atenção "resolutiva" aos problemas de saúde do cidadão, supondo a existência de serviços e algum acesso a eles.

Enquanto isso, a *medicalização* da sociedade progride, e reduz-se progressivamente a autonomia das pessoas no trato com a sua saúde, ficando as mesmas cada vez mais dependentes de profissionais terapeutas especializados de toda ordem, médicos ou não. A manutenção da saúde restringe-se progressivamente, por um lado, ao consumo progressivo de serviços, drogas e terapias, e, por outro, ao cumprimento de prescrições de comportamentos e procedimentos cuja origem está fora de alcance, compreensão e controle de qualquer cidadão.

O que fazer nesta situação problemática?

"Muita água passou por baixo da ponte" nos anos de trabalho clínico a que fiz referência. Este trabalho é fruto das contínuas e assistemáticas reflexões, leituras, cursos e práticas desse tempo, subsidiadas pelo programa da pós-graduação. Nele reflito sobre estas questões buscando caminhos para alguns desses problemas.

Pequena história do estudo

O projeto inicial envolvia duas idéias. A primeira era uma discussão sobre os dilemas e crises cotidianas da atenção à saúde nos serviços ambulatoriais básicos sob duas perspectivas: 1) os modelos de atenção (categoria herdada do LAPA)

[10] Conselho Regional de Medicina, órgão oficial regulamentador e regulador da prática médica.

necessários para essa suposta *boa* atenção; e 2) as tecnologias e saberes a serem usados nesta atenção, aí sendo envolvida, por necessidade óbvia, a medicina científica, aqui chamada biomedicina, e outras possíveis. Ao fim desta parte eu esperava fundamentar minimamente algumas propostas tanto numa como noutra perspectiva.

A segunda idéia era uma avaliação de resultados da experiência fruto da execução dessas propostas no serviço onde trabalhava, especificamente através de um estudo descritivo transversal de dois momentos do tratamento dos pacientes hipertensos do serviço, o qual envolveria metodologias "quantitativas" e "qualitativas"[11] [12]. Este foi o projeto aprovado na minha admissão ao mestrado.

[11] A metodologia quantitativa se baseava no levantamento em prontuários de variáveis retiradas dos registros de três consultas consecutivas dos pacientes em dois tempos diferentes com intervalo de três anos – imediatamente antes e três anos após o início das intervenções desenvolvidas no serviço e no tratamento dos hipertensos. |A parte qualitativa, por sua vez, previa entrevistas semi-abertas a serem realizadas com amostra dos mesmos pacientes, com alguns temas definidos, que buscaria identificar e avaliar as conseqüência das mudanças e propostas em pauta.

[12] Uso aspas aqui para indicar que não compartilho da perspectiva de que seja possível dividir métodos em

Após uma ano, tive tempo para realizar um piloto da parte "quantitativa", e esboçar o modelo de entrevista, além de cumprir as disciplinas do mestrado. Isso me levou a reformular o projeto. Eliminei a segunda idéia, a parte empírica do estudo, por motivos de ordem operacional e de adequação das metodologias ao objeto e objetivos desta parte.[13] Além disso, a magnitude da empresa inicialmente proposta se mostrou claramente excessiva.

Permaneceu a primeira idéia do projeto inicial: com as disciplinas do mestrado tive acesso à fenomenologia, em cuja inspiração vislumbrei um caminho para o projeto, abrindo a possibilidade de resgatar o seu lado empírico via realidades vividas e refletidas, inapreensíveis pelos tradicionais instrumentos quantitativos e qualitativos do tipo entrevistas.

Reelaborando, então, a primeira parte do projeto, a referência empírica pôde ser reintroduzida via observação participante, o que desviou o interesse dos modelos de atenção para uma discussão mais internista da atenção à saúde, seus dilemas e seus desafios.

É preciso deixar claro que minha observação participante é explicitamente interessada, já que a condição de militante terapeuta, que assumo desde já sem disfarces, impõe postura sempre engajada e uma exigência ética por vezes taxativa. Não é por outro motivo que meu texto assume "um discurso afirmativo e, às vezes, atemporal, como sói acontecer com qualquer terapeuta"[14] (Almeida, 1996,p.9).

??

etc. Estas dificuldades, mesmo que adaptadas ou corrigidas, ainda resultariam em uma distância excessiva entre os resultados possíveis de serem tirados dos registros dos prontuários e as situações de vida-doença investigadas, num empobrecimento que uma entrevista ou similar, por melhor que fosse, não poderia contornar – talvez só uma etnografia de vários anos pudesse apreender algo das realidades a que, como médico morador do local, eu tinha acesso (e este não era o caso).

[14] Mesmo sob o ponto de vista da produção do conhecimento, considero mais fértil e mais veraz a assunção inteira e explícita do engajamento permanente em vez de tentativas de incorporação de alguma suposta figura ou espírito de pesquisador que busca assumir, via de regra mais "pró-forma" do que real ou exitosamente, posturas acadêmicas semi-neutras ou supostamente neutras via adesão a marcos teóricos, rigores metodológicos, artifícios acadêmicos tipo erudição "canônica", formalismo conceitual e de apresentação, extensivo "debate bibliográfico" etc. (o que não impede o esforço de distanciamento, reflexão, estudo, "frieza", busca de "objetividade" e precisão necessários para o maior rompimento possível de cegueiras sempre presentes). Não vejo diferenças significativas para a produção do conhecimento entre os engajamentos - interesses - do pesquisador e os de outro tipo humano qualquer que se ponha a procurar e produzir saber. Aliás, parece-me que quem tem uma postura assumidamente teleológica (clareza de seu interesse teórico **e** pragmático na pesquisa; veracidade, simplicidade e objetividade na resposta ao "para quê" e "para quem" servirá o saber) tem melhores chances de sucesso e menores riscos de ser manipulado ou contrair arrependimento. Para maiores, mais aprofundadas, epistemológicas e eruditas discussões, ver Feyerabend (1985, 1991), Kuhn (1989a,b,c).

Assim, através de uma análise e discussão pautadas pela vivência profissional, nos termos de uma reflexão sobre a prática, a própria teoria, seus dilemas e algumas propostas para seu enfrentamento no cotidiano da atenção à saúde nos serviços públicos, construí a dissertação.

Estruturei o texto discutindo o confronto da biomedicina (seu saber e sua prática) com as complexas situações de adoecimento dos doentes, frente à missão básica de curar e ao contexto cultural contemporâneo. Ele se desenvolve a partir da constatação empírica e teórica de que a própria biomedicina é uma das fontes alimentadoras da atual crise da atenção médica e da *medicalização social* progressiva que vivemos. Discute alguns aspectos teóricos, práticos e culturais desse processo e busca, ao final, fundamentar algumas estratégias político-institucionais e prático-terapêuticas como contribuição ao enfrentamento das questões levantadas.

Capítulo 1

A influência da biomedicina na crise da atenção à saúde e na medicalização social: bases metodológicas

Introdução

No final do século XX, em que tantas crises de vários tipos se afiguram para o homem contemporâneo, parece redundante falar em crise da atenção à saúde, medicalização social, ou biomedicina[1]. Já analisados sob diversos recortes e aspectos, tais fenômenos foram relacionados a interesses políticos e industriais, à estrutura da sociedade capitalista, a dificuldades gerenciais e organizacionais, a aspectos éticos, corporativos e culturais.

Numa perspectiva sócio-histórica ampla, por exemplo, Luz (1996) analisa a medicina ocidental em suas mutações internas e constata, atualmente, a convivência contraditória de uma tripla cisão: 1) cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; 2) cisão na prática médica de combate às doenças entre a diagnose e a terapêutica, com o predomínio daquela sobre esta; 3) e finalmente, a cisão no agir clínico da unidade relacional terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo e por vezes mesmo com a fala do doente, pela interposição de tecnologias "frias". Esta tripla cisão constitui, segundo a autora, uma das explicações sócio-antropológicas possíveis para a grande procura de outras racionalidades médicas[2] e terapias nos últimos vinte anos, no mundo ocidental, configurando o florescimento do que se convencionou chamar de "terapêuticas

[1] Adotaremos aqui a designação de biomedicina para referência à medicina ocidental contemporânea, ou como querem alguns, medicina científica - seguindo opção de Luz ((org.) 1997, p.10) - pela sua maior concisão e por refletir adequadamente a vinculação desta medicina com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo das Ciências Biológicas.

[2] Luz (1996) propôs e aqui usamos a categoria de "racionalidade médica" como sendo um sistema lógica e teoricamente estruturado que apresenta cinco dimensões interligadas, uma doutrina médica, uma morfologia, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose e um de terapêutica, embasados em uma cosmologia; distinguindo assim entre racionalidades médicas e o que chamou de terapêuticas alternativas, as quais não apresentam alguma destas dimensões .

alternativas". Ela pode ser a explicitação do profundo mas abafado mal-estar que atinge boa parte do “establishment” médico, sob a designação de “crise da medicina” (Rodrigues, 1993) ou de “crise de paradigma da medicina” (Luz, 1996, p.22).

Há ainda aspectos da crise da medicina que podem ser considerados especificamente culturais, envolvendo a complexa dimensão simbólica da vida social e da saúde humana e também os agentes, as práticas e os saberes que são historicamente selecionados, organizados e legitimados para lidar com essas relações. Com a recente dissociação da “ciência das doenças” da “arte de curar” levada a cabo pela medicina científica (Luz,1992, 1995), vive-se hoje uma crise cultural nesse campo: “se o médico moderno tecnificou-se, e tornou-se quase que exclusivamente um conhecedor especializado de doenças específicas, nada entendendo do seu doente, este continua a esperar uma *relação de cura* de seu médico” (Luz, 1995,p.244).

Illich (1975) imputou à institucionalização, industrialização e expansão da biomedicina transformações sócio-culturais e políticas inteiramente negativas, determinantes de um processo crescente, que passou a ser chamado de *medicalização social*: a colonização e subseqüente extinção de culturas diversas nos seus aspectos de saberes e práticas em saúde-doença, com a incorporação progressiva das dificuldades vitais e sofrimentos humanos na lógica “patologizante” da biomedicina submetida à corporação médica. Isso vem levando a um processo de empobrecimento cultural que paralisa toda autonomia e competência das pessoas e dos recursos sociais autóctones quanto à preservação e restabelecimento da saúde, e transformando todos em obsessivos e dependentes consumidores de serviços médico-terapêuticos especializados, com conseqüências sociais e políticas desastrosas. Essa situação chega ao ponto, segundo Illich, de gerar um decréscimo geral no que chamou de índice de boa saúde: a capacidade de manter, intervir e transformar de forma autônoma e socialmente compartilhada a própria vida e o meio em que se vive, com vistas a preservar e/ou aumentar o grau de “liberdade vivida”.

Por outro lado, vive-se hoje no Brasil dificuldades enormes quanto ao desafio de concretizar uma atenção à saúde acessível à população e de boa qualidade, particularmente quanto à chamada rede básica (Cecílio, 1997b; Merhy, 1994,1997d; Campos, 1992). Em geral, podemos dizer que a atenção à saúde nos serviços básicos padece em termos de pouca quantidade e má qualidade, não satisfazendo a quem quer que seja dos sujeitos envolvidos na atenção. Mesmo onde se tenta

organizá-los e fazê-los funcionar *bem* as dificuldades são inúmeras e o sucesso é no mínimo muito parcial[3]. Assim sendo, podemos considerar que há uma "crise da atenção à saúde", a qual envolve múltiplos aspectos e dimensões: uma crise multifacetada, atravessada por fatores macro e micro-sociais, culturais, sócio-econômicos, políticos, institucionais, gerenciais etc. É, portanto, uma crise cujas dimensões geradoras e alimentadoras são altamente complexas e imbricadas entre si, mas que desemboca no sofrimento, nos dilemas, nos fracassos, nos dissensos vividos cotidianamente por milhões de doentes e profissionais nos serviços de saúde públicos.

Esta crise é vivenciada virtualmente por qualquer um, como profissional ou paciente, nas filas, na desumanização do atendimento, na impessoalidade e na falta de diálogo de profissionais com doentes, nas dificuldades diagnósticas e terapêuticas, na burocratização dos serviços, na lógica econômica dominante nas instituições, na precariedade ou ausência de fluxos de referência e principalmente contra-referência, na precariedade da retaguarda hospitalar, etc.

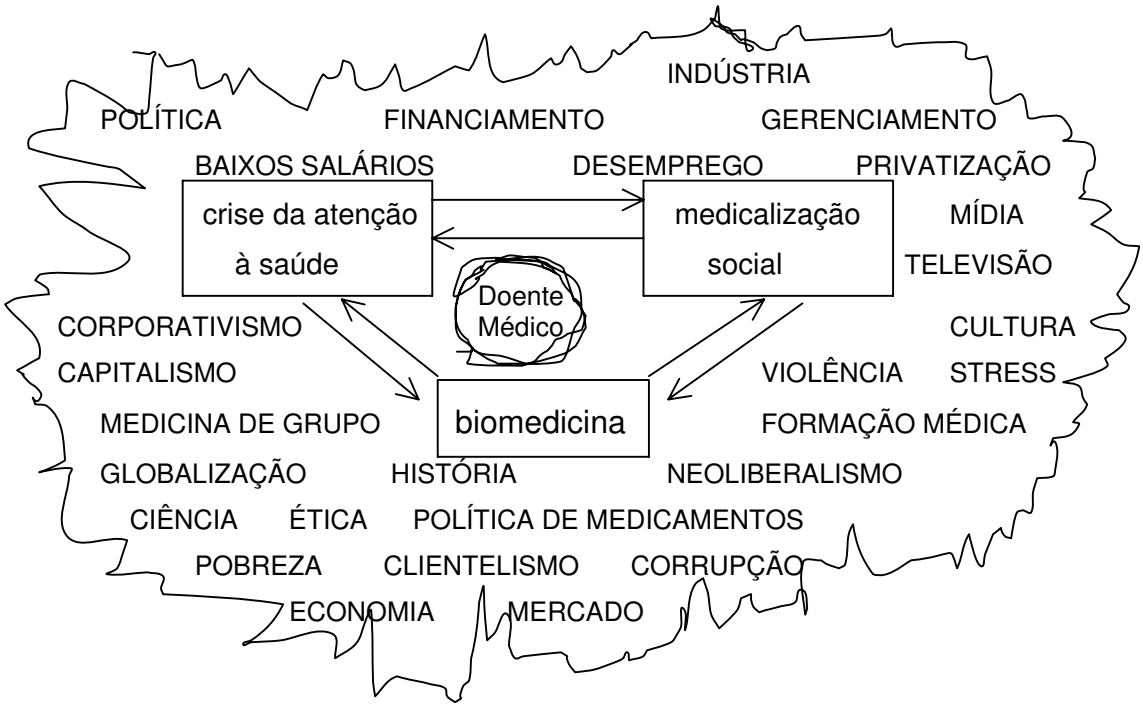
Podemos ainda olhar tal crise sob um enfoque mais "interno" ao exercício da atenção à saúde e postular como ali envolvidos aspectos e dimensões especificamente teóricos e conceituais pertinentes à própria biomedicina e sua racionalidade, além dos muitos outros fatores que geram e agravam a situação de crise da atenção e de medicalização social. (Luz,1996; 1998; Camargo, 1992b, 1993b, Chacra, 1995). Nessa perspectiva, percebe-se uma profunda crise no cuidado com a saúde. As causas dessa crise são múltiplas, podendo serem encontradas tanto dentro como fora da ciência médica. Não obstante, um número cada vez maior de pessoas, dentro e fora do campo da medicina, acham que a crise tem também sua origem "na estrutura conceitual em que se baseia a teoria e a prática médicas, e passaram a acreditar que a crise persistirá enquanto essa estrutura não for modificada" (Dossey, 1998, p.9).

Dessas considerações podemos esquematizar uma relação triangular bidirecional em que três elementos situam-se nos vértices: a biomedicina, a medicalização social e a crise da atenção à saúde. Estes elementos compõem um triângulo imerso em uma constelação complexa de forças de várias ordens, onde

[3] Ver, por exemplo, os desafios e as dificuldades relatados quanto à rede básica na experiência de organização do SUS na cidade de Santos - SP, em Campos & Henriques (1996), particularmente pp.87-95 e 189-197.

cada um dos vértices do triângulo influencia e é influenciado pelos demais (ver Figura 1). Esses vértices, é claro, estão mergulhados em circunstâncias históricas, culturais, sociais e políticas do Brasil atual e são conformados por elas, numa situação relativamente homogênea em perspectiva macro. Os elementos dos vértices do triângulo também estão mergulhados em circunstâncias dos próprios serviços de saúde nos municípios, relativamente diversas numa perspectiva micro, mas ainda assim com muitas características em comum.

Figura 1



Salientamos esses três fenômenos, a biomedicina, a *medicalização social* e a crise da atenção à saúde, que se sobressaem neste complexo contexto, para que possamos agora delinear o objeto deste trabalho.

Ele constitui-se da influência específica que a biomedicina desempenha na crise da atenção à saúde e na medicalização social, enquanto saber e prática.

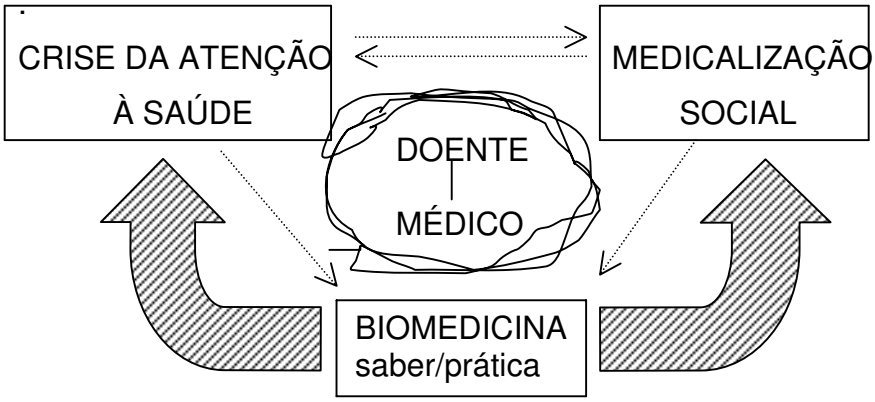
A este respeito, nossos objetivos consistem em:

a) Analisar aspectos importantes dessa influência e descrevê-los não em sua identificação geral mas especificamente em seus desdobramentos micro-sociais e cotidianos nos serviços de saúde, no seu *modus operandi*. Assim poderemos identificar pontos críticos privilegiados "de ataque", no sentido da mudança e da melhoria da atenção à saúde.

b) Ao final, a partir das conclusões dessas análises e da vivência na prática da atenção à saúde, discutir e propor estratégias de enfrentamento dos problemas levantados.

Portanto, podemos representar o objeto de nosso estudo com um *zoom* que amplifica os alvos de nossa atenção, fazendo aparecer alguns aspectos que se sobressaem sob este recorte específico (Figura 2): a biomedicina enquanto saber e prática na sua influência na crise da atenção à saúde e na medicalização social, vista através do encontro médico-doente nos serviços públicos de saúde.

Figura 2



Tal objeto justifica-se pela persistência de um certo consenso, mesmo no senso douto[4], que considera que os fatores influentes na crise da atenção à saúde nos serviços públicos e na medicalização social estariam "fora" do âmbito da biomedicina, seja enquanto saber – sintetizado no referencial científico chamado por Camargo Jr. (1992c, 1993b) de "paradigma clínico-epidemiológico" - seja enquanto prática médica ideal. Ou seja, as instâncias determinantes estariam radicadas "além-

[4] O "senso douto" é formado das opiniões explicitadas por autoridades do saber médico, academias ou faculdades de medicina, instituições de pesquisa biomédica, veículos de difusão científica, etc.

biomedicina", na história sócio-econômica, na política geral e de saúde, no financiamento, no gerenciamento, na organização dos serviços, na cultura, etc. Em todo o caso, esses fatores agiriam "de fora" da biomedicina, modelando-a e, sintetizando o argumento, deformando-a, seja na atenção individual seja na atenção coletiva. Nessa lógica as propostas de enfrentamento da crise da atenção à saúde no sentido de sua melhoria centram-se em mudanças políticas e gerenciais: mudar orientações políticas, garantir financiamento e bons salários, aperfeiçoar o gerenciamento e moralizar a máquina pública, construir o Sistema Único de Saúde etc., enfim, criar condições externas para que uma *boa* atenção biomédica à saúde se realize "naturalmente".

Não discutimos aqui a necessidade dessas mudanças; simplesmente as aceitamos. Aliás, partimos de um conjunto de propostas desse teor (como se verá logo). Todavia, esse consenso obscurece as implicações e influências que a biomedicina tem por si mesma, mesmo quando "bem praticada", na crise da atenção à saúde e na medicalização social. É nossa hipótese que esta influência é grande, maior do que se suspeita amiúde, e portanto urge estudá-la e compreendê-la para a elucidação de seus pontos críticos e para facilitação da ação em saúde.

A dimensão privilegiada para o encontro profissional-doente justifica-se pela necessidade de reflexão sobre os aspectos micro-sociais da linha de influência estudada, os quais têm sido pouco explorados. Além disso, o momento da atenção à saúde, onde ocorre o referido encontro, é, por hipótese, crucial nessa influência, além de ser foco privilegiado de necessidade de mudanças efetivas. A prática da atenção à saúde constitui-se, também, na nossa fonte básica de experiências e vivências, nosso material empírico: dali parte nossa reflexão e ali quer chegar, como contribuição à mesma.

Justificado e descrito brevemente o objeto, faz-se mister mencionar alguns *a priori* básicos de onde partimos:

1 - A biomedicina, seu saber e sua prática, é o que os médicos fazem e sabem, junto com o que se produz cientificamente nas disciplinas biomédicas. Este saber e fazer se constrói histórica e socialmente, e não é alguma essência teórica que se "concretiza" na prática, a qual exigiria condições *sine qua non* para sua realização ideal[5].

[5] Neste "ideal" sintetiza-se alguma prática por ventura concebível em condições "externas" (de gerenciamento,

2 - A atividade científica, médica, política, administrativa e terapêutica na área da saúde não pode prescindir de seu caráter teleológico: ela deve, sempre e necessariamente, servir para algo. E esse algo é a recuperação e promoção das saúde das pessoas, individualmente e coletivamente. Tal pressuposto aparentemente simples desdobra-se em desafiadores problemas que permeiam todo este trabalho, sendo discutido ao longo dele. Dois pontos de partida nesse sentido são explicitados adiante neste capítulo: a) um grupo de propostas para reforma e enriquecimento das práticas de atenção nos serviços públicos às quais aderimos, e b) uma discussão dos desafios culturais relacionados à saúde, aqui assumidos sob a alcunha de *desmedicalização.*

3 - A diversidade cultural é uma riqueza humana desejável, ampliável e merecedora de preservação, inclusive quanto às interpretações e ações em problemas de saúde-doença. Esta diversidade cultural é patrimônio da humanidade e consideramos que todas as tradições podem contribuir, e o têm feito apesar das dificuldades, no âmbito do saber/fazer em saúde-doença para a melhoria da vida humana no planeta (Sahtouris, 1998). É desejável e saudável que racionalidades médicas, saberes em saúde-doença, práticas diagnósticas e terapêuticas distintas ainda variadas troquem entre si e se respeitem para que todas possam se desenvolver e enriquecer, com conseqüente benefício para os doentes (Feyerabend, 1991).

Nossa unidade de análise será a consulta médica nos serviços públicos básicos, a rede básica. Através e dentro, dela buscaremos averiguar quais são e *como se processam* no cotidiano os aspectos da crise da atenção à saúde e da medicalização social inerentes à biomedicina, seja mais pelo lado de seu saber, seja mais pelo lado de sua prática.

Para tanto, usamos de duas estratégias metodológicas. A primeira, que constitui o capítulo 2, analisa as influências da biomedicina na crise da atenção à saúde mais pelo lado de seu saber, através de um paralelo que correlaciona aspectos centrais do paradigma da biomedicina com aspectos importantes da crise da atenção no cotidiano dos serviços. Após isso, discutimos a envolvimento da

---

de recursos tecnológicos, salariais, recursos humanos etc.) muito boas, onde então se poderia realizar a verdadeira biomedicina. Entretanto, se tudo não fosse como é, na sociedade e nos serviços públicos, a biomedicina também não seria provavelmente o que é, sendo muito diferente: não há, portanto, tal prática ideal. A esse respeito convergimos com o enfoque proposto por Luz (org., 1998), através da categoria de *racionalidade médica*, que prioriza a construção histórico-social e culturalmente específica que modela "constantemente as características de determinado fenômeno ou objeto social, remodelando indiretamente os conceitos que os tematizam" (id., p.6).

biomedicina na medicalização refletindo sobre a contribuição e seus limites que o saber biomédico oferece para a ampliação da autonomia dos doentes, desafio central imposto pela *medicalização social*.

A segunda estratégia visa abordar a influência da biomedicina na *medicalização social* e na crise da atenção mais pelo lado de sua prática através de duas discussões: a) análise, sob a perspectiva da medicalização, de como se processa tal influência no cotidiano da atenção médica através da interação das representações sociais de médicos e doentes, e b) análise, visando elucidar aspectos micro-políticos importantes e constituintes da prática médica nos serviços, dos interesses comuns aos profissionais médicos num âmbito micro-social, ou seja, relacionados ao cotidiano institucional dos serviços de saúde públicos. Assim pode-se estabelecer um mapa de referências que facilite a leitura singular dos interesses de cada profissional no contexto de cada serviço. Disso tratará o capítulo 3.

No capítulo 4, por fim, discutimos conclusões das análises realizadas e defendemos algumas proposições que se querem estratégias filosóficas, conceituais, políticas, técnicas e gerenciais para o enfrentamento dos problemas aqui discutidos em direção à melhoria da atenção à saúde.

Finalizando este capítulo introdutório, vem a seguir uma discussão das propostas de construção de modelos assistenciais para os serviços públicos de que partimos (e às quais buscamos contribuir), que nos interessa sobremaneira por se deter e enfatizar a gestão do cotidiano da atenção à saúde, seja individual (a clínica) seja coletiva. E logo após discutimos melhor o processo de *medicalização social* e os desafios por ele impostos, verdadeiros e maiores pressupostos deste trabalho.

A atenção à saúde nos serviços públicos: “em defesa da vida”

É da vivência profissional em postos de saúde que nos vêm a inspiração e os desafios motivadores deste trabalho. Assim como é sobre a atenção à saúde ali praticada, e na direção dela, que se orientam as reflexões e propostas deste estudo.

O posto ou centro de saúde é um dos serviços públicos de saúde mais disseminados pelo país e, teoricamente, mais acessível ao cidadão em geral, se considerarmos que esses serviços deveriam constituir-se no que se convencionou

chamar de rede básica, responsável pela atenção primeira aos problemas de saúde da população.

Desde a promulgação da "Constituição cidadã", em 1988, fixou-se em lei valores e diretrizes que deveriam ser o início de uma nova era para a saúde do país. Universalidade, hierarquização, eqüidade, participação popular, controle social e outros princípios deveriam conduzir de forma suficientemente clara a construção de uma nova era com o almejado Sistema Único de Saúde – SUS, a promover, proteger e recuperar a saúde de todos os brasileiros.

À parte os interesses poderosos de setores sociais antagônicos à implementação do SUS, até agora quase impeditivos à concretização das diretrizes constitucionais e legais vigentes, é inegável que, mesmo onde os atores sociais necessários se empenharam e conjunturas político-institucionais permitiram a sua construção, o Sistema tem ficado bem aquém de seus ambiciosos objetivos, mesmo se relativizarmos a tendência totalizante do discurso sanitário. Particularmente quanto à organização e funcionamento da rede básica, pedra angular supostamente viabilizadora dos três princípios maiores (universalidade, eqüidade e hierarquização) do SUS, ela se mostra um *nó crítico*[6] na construção do Sistema e no êxito de sua missão.

Ali mesmo onde o SUS consegue existir, muitos problemas de difícil solução persistem e suscitam debates em torno de idéias e propostas de solução.

Os postos de saúde parecem ser sempre insuficientes para prover acesso aos cidadãos demandantes de atenção à saúde, e, em geral, não se constituem em principal "porta de entrada" do Sistema: os pronto-socorros e hospitais continuam sobrecarregados com doentes ambulatoriais não-urgentes, a ponto de se questionar o clássico modelo da pirâmide para simbolizar a organização do sistema (Cecílio, 1997b). Além disso, os pacientes, quando conseguem ser atendidos, em geral estão insatisfeitos com a atenção recebida, e os profissionais idem.

Sobrecarregada com a demanda rotineira da atenção individual e com dificuldades sérias para melhorar esta atenção, a rede básica recentemente tem sido sobrecarregada ainda mais com a descentralização de ações sanitárias típicas da

[6] Nó crítico é conceito usado no planejamento estratégico situacional : "uma causa do problema que se for "atacada" ou modificada, terá um grande impacto sobre o problema" (Cecílio, 1997a, p.158).

saúde pública, mas que até há pouco eram realizadas centralizadamente (vigilância epidemiológica, etc.).

Entre os sanitaristas e gestores, há posturas diversas frente aos problemas da rede básica. Há os que, bebendo da tradição e do saber da Saúde Pública e da Epidemiologia, enfatizam a necessidade da eleição de critérios técnicos e científicos vinculados ao "coletivo", de parâmetros e saberes epidemiológicos para nortearem a organização e avaliação dos serviços de atenção à saúde. Distanciam-se estes, assim, das lógicas sócio-culturais e políticas complexas envolvidas nas demandas por recursos de atenção à saúde (Campos, 1991,1994; Capazzolo,1997).

Há, pelo extremo oposto, correntes políticas que privilegiam o pólo oposto, desprezando o saber técnico da área, tangenciando o que se pode chamar de populismo na saúde pública, pautando-se pela lógica da satisfação imediata e momentânea da demanda por atenção, sem levar em conta riscos e qualidades técnicas desta atenção, além de, possivelmente, seguirem lógicas alheias à Saúde Pública, à biomedicina e à atenção à saúde.[7]

Entre esses pólos extremos há várias possibilidades de combinações, mas não nos interessa aqui analisá-las, a não ser na medida em que contribuem para o nosso foco de preocupação, que se volta aos dilemas da atenção à saúde individual, momento privilegiado como fim em si mesmo de uma ação em saúde, e, simultaneamente momento privilegiado como meio de uma ação coletiva e social, mais ampla, e sempre embutida na atenção individual. Nesse sentido, propostas que tematizam a atenção individual dentro de uma proposta de construção de modelo de atenção têm sido defendidas por alguns autores nos quais nos referenciamos.

Partindo de uma interpretação mais político-filosófica das realidades e crises atuais da saúde pública, mas sem desconsiderar seus aspectos técnico-epidemiológicos, autores como Campos (1989, 1991, 1992a, 1994, 1997a,b,c, 1998) Cecílio (1994(org), 1997a,b) e Merhy (1992, 1994, 1997a,b,c,d, 1998) dentre outros, vêm tentando construir um campo de propostas que eles sintetizam no que chamam de modelo assistencial em "defesa da vida", defendendo uma ampliação dos critérios técnicos e administrativos a nortearem a organização e a prática dos serviços de saúde, onde então o saber clínico-epidemiológico passa a ser um importante ponto de vista a ser levado em consideração, mas não o supostamente determinante.

[7] Um exemplo atual pode ser "PAS", na cidade de São Paulo.

O grupo de autores citados vem enfatizando a necessidade de se incorporar as necessidades sentidas e as demandas populacionais como matéria-prima válida para o planejamento e organização dos serviços; bem como incorporar a própria população usuária neste planejamento e gestão. Aponta também para o assumir, pelos serviços públicos (estatais ou não), da responsabilidade de realizar ações de saúde que não se limitam às ações epidemiologicamente relevantes ou programáticas. Assim, outros tipos de serviços e tecnologias de atenção à saúde seriam ofertados, em modelos assistenciais flexíveis, democraticamente geridos e discutidos, orientados por diretrizes éticas e políticas claras, de modo a realizarem uma atenção integral aos cidadãos.

Buscando radicalizar as idéias de democratização e descentralização dos serviços "por meio da progressiva e concomitante delegação de autonomia e de maiores responsabilidades às equipes de saúde" (Campos, 1994, p.44), e a construção de um compromisso dos serviços e seus trabalhadores com a busca de soluções para os problemas de saúde da população - tudo isso concebido como contribuição "para melhoria [da saúde] e das condições de vida de indivíduos concretos" (id.,p.52) - esses autores propõem estratégias que se pode resumir em:

1 - Uma política de saúde de fato vinculada à esfera pública e à defesa da vida: inovações na gestão dos serviços, com horizontalização dos organogramas institucionais, gestões colegiadas nos serviços, autonomia plena de gestão norteada por diretrizes políticas claras eticamente fundamentadas: atender bem com o máximo de qualidade e "resolutividade" aos cidadãos. Heterodoxia administrativa e liberdade de organização dos processos de trabalho permeados por permanente escrutínio ético e técnico na busca de práticas em saúde emancipadoras e desalienantes para profissionais e usuários, únicos capazes de sustentar um serviço de saúde de boa qualidade. A fundamentação teórica e as tecnologias gerenciais necessárias para a viabilização destas idéias na prática cotidiana dos serviços têm sido desenvolvidas por esses autores, e aqui são assumidas como satisfatórias, por ora.

2 - Um novo rol de tecnologias a serem usadas, reformadas e criadas que transcendam as oposições entre a atenção individual e a atenção voltada ao coletivo e ao meio, incluindo novas tecnologias de gestão dos serviços. Aqui, Campos (1992) levanta a necessidade de uma revisão das formas de "educação em saúde" e comunicação social no setor, ainda por fazer. Também contribuem para esclarecer

certos aspectos de nosso interesse as categorias propostas por Merhy (1997b,d) e Merhy & Chakkour (1997) de *tecnologias leves*, *leve-duras* e *duras* a informar os trabalhos em saúde, assim como a dinâmica entre os chamados *trabalho vivo* e *trabalho morto* no cotidiano da ação de atenção.

A propósito da relação do *trabalho vivo* com o *trabalho morto*, Merhy (1997b,c; 1998) caracteriza o *trabalho morto* como o trabalho já feito e cristalizado, corporificado em instrumentos, ferramentas, *tecnologias*[8] *dura*s ou não, que no caso da saúde envolvem desde os equipamentos materiais usados até os saberes instituídos e previamente estruturados como a clínica e a epidemiologia. O "trabalho *vivo* em ato" é pensado como o momento real de vivência e desenvolvimento do trabalho em saúde, ou, em outras palavras, do processo de trabalho em saúde. Ocorre que o trabalho vivo é em grande parte "capturado" pelo trabalho morto, onde então os sentidos e significados possíveis para o próprio trabalho e seus resultados estão previamente limitados e direcionados, incorporados de certa forma nas intencionalidades das tecnologias usadas. Isto é praticamente absoluto no caso dos trabalhos industriais que transformam e produzem bens materiais, e menos absoluto nos que envolvem certo teor artesanal. Já no caso da saúde, em que pese a estruturação tecnológica prévia, Merhy & Chakkour (1997c) apostam numa potência maior do trabalho vivo de conseguir não ser capturado pelas intencionalidades do trabalho morto:

> O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (id.,p.120).

Quanto à tipologia das tecnologias concebida por estes autores, incluindo tecnologias *leves, leve-duras e duras, a*s últimas (duras) são caracterizadas como sendo saberes que informam ações e trabalhos totalmente normatizados, onde o trabalho morto captura globalmente o trabalho vivo. As segundas (do tipo leve-dura) referem-se às tecnologias muito estruturadas e comprometidas com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano mas que não são normatizadas

[8] A idéia de tecnologia é empregada aí "muito vinculada não só a de um equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não a "razão instrumental" do equipamento" (Merhy, 1997b, p.85).

completamente e sim apenas parcialmente. As tecnologias do tipo leve-duras abrem, portanto, espaço para a liberdade e criatividade do trabalho vivo, que, então, não pode ser capturado totalmente. Por último, as tecnologias leves são as que produzem "bens-relações", fundamentais na saúde. São aquelas que geram produtos do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho e autonomização[9] (Merhy & Chakkour, 1997c, p.121).

No caso do trabalho em saúde, devido ao seu objeto e objetivos, e à natureza das tecnologias envolvidas, predominantemente leves e leve-duras, há sempre a presença de "ruídos" no processo de trabalho introduzidos pelo trabalho vivo em ato e os sujeitos nele envolvidos, e igualmente há a possibilidade de se interrogar tais trabalhos e suas ações tecnológicas no sentido de explicitar suas intencionalidades e seus produtos, o que é visto "como um desafio fundamental, hoje, para se repensar as práticas e os modelos de atenção" (Merhy & Chakkour, 1997c, p.132).

3 – Por fim, a incorporação das demandas populacionais para planejamento e gestão dos serviços vem introduzir no universo de problemas técnicos e políticos da área o ponto de vista do sujeito-objeto da ação em saúde, com o qual os técnicos e gestores precisam interagir para superar o distanciamento tecnocrático e burocrático típico da tradição institucional e gerencial da saúde pública, e para o qual tende o etnocentrismo do saber técnico clínico-epidemiológico e administrativo. Além disso, isso facilitaria uma revalorização da coisa pública e um enraizamento micro-social de políticas locais de saúde, assim como poderia inibir e contrabalançar o desmando político, tão comum no Brasil e nos serviços.

Com relação à rede básica, Campos (1997b, 1998) tem resumido suas propostas em três grandes blocos de funções para esses serviços, que poderiam resolver cerca de 80% dos problemas de saúde: a)saúde pública ou vigilância à saúde); b)clínica ampliada, ou assistência à saúde individual) e c)acolhimento, acesso fácil com avaliação de risco e responsabilização. Estas funções são entendidas com referência em saberes, profissionais, espaços institucionais e organizações em parte específicos - equipes com competência e responsabilidades próprias e indelegáveis, que Campos (1997a, 1998) chama de *núcleos de competência e responsabilidade*, portanto de especialização. E em parte com regiões de intersecção, áreas de identidade e competência sobrepostas e, portanto,

[9] Logo voltaremos, neste capítulo, ao tema indicado por esta pequena palavra – autonomização..

compartilháveis, delegáveis, independentes de especializações profissionais, que seriam os *campos de competência e responsabilidade* (id.). É sobre as propostas para a construção do que chama de clínica ampliada, como uma tecnologia mista, ao mesmo tempo do tipo leve e leve-dura, que o autor contribui para nosso tema.

A clínica ampliada seria uma perspectiva de atenção individual assumida pelo serviço (e não só pelos profissionais clínicos individualmente). Nela, os profissionais clínicos, enriquecidos conforme discussão a seguir, juntamente com abordagens grupais, preventivas, terapêuticas, reabilitadores e re-socializadoras, buscariam oferecer uma gama de possibilidades de serviços (atenções) individuais ou coletivos (pequenos grupos), para dar conta das demandas trazidas pelos usuários aos serviços e da missão de promoção, reabilitação e prevenção de agravos tecnicamente (biomedicamente) diagnosticados.

A clínica ampliada seria realizada e construída através do que o autor considera um desafio estratégico: mudar a forma de responsabilização dos clínicos. Saltar da cobrança sobre procedimentos e horários para um sistema que delegue aos profissionais o cuidado integral de cada cidadão. Isto é viabilizado através de uma adscrição de clientela a um profissional ou uma pequena equipe, sendo que se espera que estes sejam gerentes de todos os casos sob sua responsabilidade (assegurar apoio de outras instâncias do Sistema de Saúde, manter contatos com familiares, articular participação dos doentes em atividades de outros profissionais, com lógica de risco – programas - ou atendimentos coletivos, de modo a permitir a construção de vínculo com um clínico de referência que se responsabiliza pelo projeto terapêutico do paciente (Campos, 1997b.,p.8-10)).

A atenção à saúde individual (a clínica): “em defesa da vida”

Campos (1992) analisa na obra "A Reforma da Reforma" os dilemas da prática clínica, propondo estratégias de mudança da mesma de modo a resgatá-la na sua importância e necessidade no trato dos problemas de saúde das pessoas, tecnicamente diagnosticados ou apenas sentidos. A primeira estratégia de mudança diz respeito à incorporação de novos (ou nem tanto) saberes à prática clínica, que se quer “ampliada”. Especificamente o autor se refere a conceitos e técnicas da chamada área "psi", os quais estariam sendo necessários para enriquecer as

práticas de saúde dos profissionais. No dizer de Merhy (1997b,c), tais tecnologias seriam tecnologias leves a serem incorporadas aos processos de trabalho em saúde, a complementar a clínica e a epidemiologia enquanto tecnologias leve-duras. Esses saberes e técnicas, facilitadores de melhores "relações" entre usuários e profissionais, seriam necessários para o bom andamento de qualquer atenção à saúde, e, particularmente, para construção de vínculos terapêuticos, contratos e responsabilidades mútuas entre usuários e profissionais.

Outra estratégia de mudança diz respeito à preocupação com a abordagem dos recursos humanos em saúde, então revalorizados como cruciais para se construir um serviço de saúde de boa qualidade. Para isso o autor propõe uma verdadeira frente de pesquisa e trabalho a ser realizada, cujos objetivos seriam a construção de sujeitos sociais, políticos e institucionais envolvidos com a defesa da vida e o projeto público do SUS. Junto com as inovações gerenciais propostas, isso incentivaria a busca de saídas criativas para a reforma do processo de trabalho em saúde, resgatando o crescimento, o prazer, a realização profissional, ética e pessoal dos trabalhadores e buscando desalienά-los. Ao mesmo tempo que permitiria uma sustentação social e política mais sólida para o projeto do SUS (Campos, 1994).

Por fim, o autor propõe o resgate da ética e da cidadania como compromisso dos serviços e dos profissionais com a saúde e com a vida dos cidadãos. A adoção do conceito de emancipação social como uma diretriz balizadora da função do SUS teria um papel determinante na ampliação do objeto de trabalho dos serviços de saúde.

As análises e propostas de Campos e dos autores citados, no âmbito da construção de modelos assistenciais para o SUS, servindo como referência e base, permitem-nos explorá-las (inclusive nos seus limites) quanto à crise da atenção à saúde e à medicalização social, sob nosso enfoque interno ao cotidiano dos serviços.

Primeiramente, dentro das tecnologias e saberes de atenção à saúde desejáveis para o SUS, vale comentar o tecnocentrismo científico ainda presente na consideração exclusiva do saber clínico-epidemiológico para se fazer presente nos serviços. Isso fica subentendido pela ausência de referências à outros saberes e práticas em saúde não referenciados na Ciência (Tesser, 1994). Ou seja, as propostas "em defesa da vida" reafirmam subliminarmente o buscado monopólio da biomedicina sobre o saber e fazer legítimos no setor, desqualificando por omissão

outras possibilidades de abordagens, enfoques e práticas em saúde-doença. E, por outro lado, desviam-se do campo complexo das potencialidades de contribuição dos saberes e práticas em saúde-doença não referenciados na Ciência à medicina e à atenção à saúde, até agora pouco tematizado pela Saúde Pública e o movimento sanitário (assunto a que retornaremos no capítulo 4).

Além disso a análise realizada por Campos se atém às práticas profissionais dos serviços, não se ocupando de variáveis internas ao paradigma clínico-epidemiológico[10] e à prática da medicina científica. Ainda que reconhecendo certos limites referentes ao saber médico clínico, em algumas passagens[11] de sua obra, Campos (1992) os vê como passíveis de serem superados através da postura dos profissionais. Seria factível e não problemático o profissional assumir outras perspectivas, e assim transcender os limites que lhe impõe a formação acadêmica, a prática e o imaginário médico dominantes. Raciocina como se a própria constituição do saber clínico, que, segundo o autor, obedeceu a uma dupla determinação - a da lógica deste campo de disciplinas sobredeterminada pela dinâmica do desenvolvimento capitalista - não teria tido conseqüências no âmbito interno deste saber, na sua construção teórica e articulação conceitual, bem como na sua prática, que o tornasse impróprio ou limitado para orientar as práticas profissionais numa perspectiva em defesa da vida.

Campos e seu grupo pouco abordam os significados e necessidades impostos pelas complexas transformações culturais que permeiam os profissionais e os usuários em geral, hoje. Transformações estas que também conformam suas práticas, demandas, atitudes e saberes. Contudo, o fazem de forma genérica quando elegem a ampliação da autonomia dos doentes como objetivo das equipes de atenção à saúde (Campos,1994; 1997b; Merhy & Chakkour, 1997c; Merhy, 1997d).

---

[10] Usamos aqui o conceito de paradigma proposto por Kuhn (1987), que pode ser resumido como um mapa que governa a percepção do cientista (e do médico) de tal modo a dimensionar apenas objetos compatíveis com ele. O paradigma dominante de um campo científico é profundamente influenciado, não só pelo seu desenvolvimento interno, mas pelas influências externas provenientes da sociedade mais ampla em que se insere. Voltaremos a ele no capítulo 2.

[11] Dois exemplos: "ao assumir uma perspectiva estritamente positiva, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa de força à abordagem do seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo e desconhecendo sua influência decisiva na história da doença". "O saber e a prática clínica (...) não tomam como um problema a ser investigado (...) o fato de que o processo diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre dois sujeitos, nunca redutível a uma objetividade positiva" (Campos, 1992, p.183-4).

Por fim, parece haver um hiato após o resgate dos princípios éticos da ação em saúde e das inovações técnicas, gerenciais e políticas propostas: Campos (1992) assume que, com a estratégia de reformar criticamente os profissionais, enriquecendo-os com saberes e tecnologias "psi" bem como outros, trazendo à prática valores éticos, possibilitando espaços de participação, comunicação e decisão democratizados e adscrevendo pacientes a profissionais de modo a facilitar vínculos de responsabilização, seria viabilizada a transformação dos processos de trabalho de modo a transcender a camisa de força imposta pela perspectiva positiva, biologicista e mecanicista. Não ficam claras referências ou parâmetros a nortearem a concretização na prática cotidiana dessa clínica ampliada, ou a facilitarem o seu reconhecimento, ainda que em termos práticos gerais.

A nosso ver, "paira no ar" um certo vazio de conteúdo no que tange ao que seria essa postura capaz de uma atenção à saúde individual libertada das amarras biologicistas, uma clínica emancipadora e promotora de autonomia. A falta de abordagem crítica mais detalhada da clínica biomédica e do universo dos saberes e representações aí envolvidos impedem a identificação de problemas que, se não atacados, obstruem a construção de um corpo de critérios consensuados que permitam vislumbrar, conceber e reconhecer o que seria uma atenção à saúde nova, ainda que por referência crítica aos modos de atenção insatisfatórios. Essa falta pode gerar uma desorientação das possibilidades desta prática, conformada que é pela medicina científica e pela "cultura em saúde" (ver a seguir) atuais.

Se não levados em conta estes dois fatores - problemas da cultura contemporânea e problemas da própria medicina científica (incluída aí a epidemiologia), corre-se o risco de empobrecimento das práticas em saúde com reprodução de padrões indesejáveis, ineficazes e *medicalizantes*.

A cultura, a atenção à saúde e a medicalização social

Segundo Queiroz (1991), as posturas positivistas e marxistas, tanto na área médica como nas ciências sociais, por motivos diferentes, não têm dado muita atenção a aspectos teóricos da profissão médica e da medicina. Além disso, o paradigma positivo-mecanicista dominante na medicina tende a não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na

determinação de seu objeto de conhecimento e da maneira de abordá-lo. Já na perspectiva marxista mais ortodoxa, a medicina e a profissão médica são observadas como um espelho que reflete o desenvolvimento do capitalismo, não chegando assim a merecer destaque e interesse como área de estudo e intervenção. Tais perspectivas deixam zonas cegas onde a atenção à saúde institucional se perde como produto e como criação social e cultural. Queiroz, considerando que o espaço compreendido pelo termo cultura ocorre principalmente no âmbito da infra-estrutura, sustenta o ponto do qual partilhamos de que "a dimensão cultural, principalmente a encontrada na prestação de serviços de saúde, contribui decisivamente tanto para a manutenção como para a transformação da sociedade" (id., p.324).

Não nos é necessário um repasse das teorias, conceitos e interpretações sobre o problema da cultura em que pese a importância fundamental da mesma enquanto matriz simbólica, fornecedora geral de sentidos orientadores de práticas em saúde. Aliás, é justamente nessa direção que nos interessa olhar para essa problemática: a possibilidade de recortar o problema da "cultura em geral" sob a perspectiva da saúde-doença, esboçando assim o que poderíamos chama de *cultura em saúde-doença*, ou, mais simplesmente, *cultura em saúde*.

Segundo Almeida (1996), "a terapêutica mantém relações de profunda dependência com a cultura. As representações, concepções e valores de uma sociedade são elementos de balizamento e limites à ação medicoterapêutica" (id.,p.121).

Numa perspectiva epistemológica e crítica, Fleck (1986), já em 1935, mostrou a complexa imbricação e inter-influência entre concepções vigentes na sociedade e a construção de "fatos" e teorias científicos, através de seu estudo da construção da noção moderna da doença sífilis e da reação de Wassermann.

Sem perder de vista "as representações, concepções e valores" num sentido macro, mais geral da sociedade, interessa-nos, entretanto, atentar para os dois caminhos entre os níveis macro e micro da cultura na sociedade: a encarnação e realização micro-social da cultura nos sujeitos individuais e pequenos grupos, formando, conformando e transformando esses sujeitos; e a reconstrução, a partir dos sujeitos e sua interação cotidiana, da cultura geral (macro), onde esta é atualizada, construída, em parte transformada, em parte reproduzida e reforçada.

Nesse sentido, podemos afirmar que a cultura está em permanente

construção social cotidiana na interação e nas práticas dos indivíduos e grupos, os quais portam concepções, valores e crenças não estáticos, muitas vezes heterogêneos, que convivem não sem contradições e que recriam a todo momento, parcialmente, seu "universo cultural". As heterogeneidades podem chegar a formar "subculturas", grupos sociais em que "as expectativas cotidianas da sociedade [macro] podem ser ignoradas quase completamente" (Berger, 1983, p.147). Mas, mesmo sem essa heterogeneidade extrema, os grupos e indivíduos em interação sempre portam "diferenças culturais" em maior ou menor escala. Isto permite uma possibilidade permanente de relativa transformação (ou não) nas concepções, práticas e significados vividos pelas pessoas e grupos na sociedade, mais visíveis nos níveis micro, portanto, mas certamente presentes e atuantes na cultura (macro) da sociedade.

Assim sendo, podemos discutir o problema da cultura em saúde contemporânea em dois sentidos: primeiramente num sentido macro, da configuração geral da cultura hoje e suas tendências, que formam, conformam e pressionam os indivíduos e grupos sociais. E, em segundo lugar, no sentido micro: a construção cotidiana difusa da cultura a partir dos "universos culturais" em permanente formação e transformação nos grupos e indivíduos em interação. Nesse segundo caso, é imperativo que relativizemos o termo cultura, que necessita ser flexibilizado para evidenciar os espaços de mudança, as heterogeneidades culturais, os conflitos e interações sociais transformadores dos "universos culturais" dos sujeitos. Ao focalizarmos o sentido micro e suas heterogeneidades, o que será feito no capítulo 3, tudo se passa como se várias "possibilidades culturais" relativas aos grupos e pessoas em interação estivessem em jogo permanente, ainda que um jogo sempre tenso e limitado, sempre pressionado por aspectos e dimensões macro-culturais carreadas por todos.

O motivo pelo qual necessitamos dessa flexibilidade do uso da noção de cultura é o inevitável fato de que a atenção à saúde quase sempre trata de uma interação social onde as médias e pequenas (sociologicamente falando), às vezes individuais, diferenças e heterogeneidades culturais são muito relevantes e estão em permanente jogo, interação, transformação, afirmação ou não. As grandes diferenças culturais, nesse caso, dispensam menção.

Em sociedades como a brasileira, hoje, uma paradoxal situação se coloca quanto à cultura em saúde: apesar da homogeneização e "modernização"

progressivas da cultura, com características terceiro-mundistas (capitalistas-periféricas), e dadas as características multiculturais e pluri-étnicas de nossas populações, talvez não se possa falar de uma cultura, no sentido geral (macro), forte, consistente e homogênea. Ao contrário, segundo Luz (1995, p.246),

> o que existe, na verdade, é um verdadeiro *mosaico cultural*, em que elementos de culturas religiosas, antigas ou modernas, cristãs ou não cristãs, juntamente com representações e práticas terapêuticas de grupos, transmitidos de geração em geração, combinam-se à crença atual no poder miraculoso da tecnologia científica dos medicamentos, dos equipamentos médicos e das cirurgias, para estruturar o sistema simbólico da saúde das pessoas na sociedade contemporânea, formando verdadeiros caleidoscópios de representações.

Isto, como veremos a seguir e no capítulo 3, impõe peculiares situações e realidades para a atenção à saúde, e, no entanto, não obscurece a já citada progressiva homogeneização cultural em saúde, que tem conotação muitas vezes violenta e que reverte em prejuízo das próprias ações profissionais de atenção à saúde e dos serviços que as fazem. Necessitamos, então, um olhar crítico para o problema da cultura em saúde atual, a qual, num movimento progressivo de "modernização", continua adquirindo características gerais relativamente homogêneas a se expandirem progressivamente e a transformarem o *mosaico cultural* de que fala Luz (id.). Vejamos algo de tais transformações.

Há mais de vinte anos, Ivan Illich (1975) lançou a crítica mais contundente até então empreendida contra a medicina moderna, envolvendo seus aspectos culturais, mas também econômicos, sociais e políticos. Mais do que uma crítica à medicina, pelo que ficou conhecido, o autor descreve criticamente todo um amplo movimento cultural crescente cujas dimensões, hoje, talvez já sejam globais.

A obra de Ivan Illich (1975), "Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde", dizia que a medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde. Illich afirmava que esta ameaça se dá pela difusão de três tipos de iatrogênese[12]:

- A iatrogênese clínica, que já é conhecida e assumida, em parte, pela medicina oficial, constituindo-se dos danos ao indivíduo ocasionados pelo uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica.

[12] Illich usa o termo "iatrogenêse" com sentido derivado do uso comum do termo médico "iatrogenia": produção de efeitos deletérios sobre a saúde devidos a ação médica.

- A iatrogênese social, o "efeito social danoso do impacto da medicina", gerando uma "desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio" (id., p.43): a crescente dependência da população para com as drogas e as prescrições da medicina institucionalizada, os sintomas da "medicalização social", que expropria a saúde enquanto responsabilidade do indivíduo e da família[13].

- E a iatrogênese cultural, a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte.

Segundo Nogueira (1997), esta foi a grande novidade introduzida por Illich: a ousada ampliação do conceito de iatrogênese para abarcar processos difusos e sub-reptícios de medicalização da sociedade. Illich, mergulhado no contexto contracultural da época, foi relativamente pouco considerado pela academia e mesmo pela saúde pública ou sua vanguarda[14], seja pelo radicalismo de sua crítica, afrontoso à subjetividade médica presente nos sanitaristas, seja pela influência marxista na área. Sua obra paira quase solitária até hoje. Baseamo-nos nela e na sua análise e re-interpretação realizadas por Nogueira (1997) para a discussão que segue, uma vez que elucidam aspectos culturais cruciais da crise da atenção à saúde hoje.

Antes, porém, de enfocar a crítica cultural de Illich, cumpre assinalar que no início da análise da iatrogênese cultural, Illich nos brinda com uma discussão sobre a saúde e a cultura, ou o que chamamos "cultura em saúde". Diz ele:

---

[13] Pode-se ter uma idéia dos sintomas da iatrogênese social pelos subtítulos desta parte da obra citada de Illich (pp.43-92): "Medicalização do orçamento" (aumento dos gastos pessoais e nacionais com o cuidado médico sem equivalente melhora do nível de saúde); "Invasão farmacêutica" (o título é praticamente auto-explicativo, mas vide também Dupuy & karsenty (1980), "Controle social pelo diagnóstico"(idem), "Manutenção pelo mago preventivo" (idem), "Incorporação numa liturgia macabra" (na "tentativa de dominar a progressão de todas as doenças por meio de intervenções técnicas" (p.67), estas criam um ritual funesto e desumanizado, sobretudo em doenças crônicas e letais, situações terminais ou de crise), "Investimento terapêutico do meio" (a eliminação do *status* de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente, para os quais uma infindável proliferação de especialidades terapêuticas cresce na economia, tornando o papel de paciente infinitamente elástico, e, em certa medida, muitas vezes, preferível).

[14] Como exemplo ver Navarro (1975) e, no Brasil, Queiroz &Canesqui (s/d, p.8).

> A saúde do homem tem sempre um tipo de existência socialmente definida. Globalmente, ela se identifica à *cultura* de que trata o antropólogo, que outra coisa não é senão o programa de vida que confere aos membros de um grupo a capacidade de fazer face à sua fragilidade e de enfrentar, sempre provisoriamente, um meio ambiente de coisas e palavras mais ou menos estável. (...) Não há ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, tampouco existe sociedade que não se funde na autonomia com que seus membros participam do programa que ela estabelece. A cultura é o *casulo* que permite ao ser consciente se reconciliar com o nicho do universo onde sua espécie evoluiu (...) Toda cultura elabora e define um modo particular de ser humano e ser sadio, com um constituição genética, uma história, uma geografia dadas e com a necessidade de se confrontar com as culturas vizinhas. O código transforma-se em função desses fatores, e com ele se transforma a *saúde*. Mas a cada instante o código serve de matriz ao equilíbrio externo e interno de cada pessoa: cria o quadro em que se articula o encontro do homem com a terra e com seus vizinhos, e igualmente o sentido que o homem dá ao sofrimento, à enfermidade e à morte. É papel essencial de toda cultura viável fornecer chaves para a interpretação dessas três ameaças, as mais íntimas e as mais fundamentais que sejam. Quanto mais essa interpretação reforça a vitalidade de cada indivíduo, mais ela torna realista a piedade para com o outro, mais se pode falar de uma cultura sadia (Illich, 1975, pp.121).

É preciso compreender que a direcionalidade aí predominante, na citação e no conjunto da obra de Illich, de influência e construção do nível macro (sócio-cultural) sobre o indivíduo, é necessária para a própria realização da análise crítica pretendida pelo autor. É imperativo que aceitemo-la, para que possamos vislumbrar a magnitude dos desafios a serem enfrentados na ação em saúde; e para que, num segundo momento, na construção deste enfrentamento, possamos inverter o enfoque, buscando as "brechas" e os processos pelos quais os indivíduos e grupos permanentemente reconstroem a cultura e, assim, a sua saúde.

Vale ressaltar, ainda, que a crítica de Illich contra a industrialização da saúde assemelha-se notavelmente à de Adorno e Horkheimer (1985,1986) à industria cultural e à cultura esclarecida[15], na sua radicalidade e na sua lógica. Segundo estes últimos, o drama criado pela modernidade é conseqüência do malogro das forças do progresso anunciadas pelo iluminismo e endossadas pelo marxismo; seu drama decorre justamente de ser um bem sucedido empreendimento no seu intento de aprimorar as forças produtivas. É esse sucesso que acarreta a usurpação da capacidade autônoma de reflexão e de ação das pessoas; não sendo controlado por

[15] Segundo Müller (1996), a tese central da "Dialética do Esclarecimento" (Adorno & Horkheimer, 1985) é a tese de que o homem, como ser vivo, é também natureza, de modo que a dominação técnica sobre a natureza externa exige, igualmente, a subjugação violenta do outro homem. Isso porque, à força de se adaptar a essa natureza recriada como um mundo técnico de artefatos, a fim de assegurar a sua auto-conservação num tempo de reprodução social cada vez mais competitivo, o homem reconhece que a sua subjetividade, retraída a esse ponto focal de dominação cega da natureza e de auto-superação vazia, é tão pouco viva quanto esse mundo incomensurável de objetos que ela mimetizou para dominá-lo (id.,p.39).

ninguém, faz voltar o mito como situação existencial, nas sociedades industriais.[16]

Este tipo de crítica, em que as pretensões emancipatórias da modernidade voltam-se contra si mesmas, é análoga à de Illich, segundo o qual a monopolização do saber tecnológico através das corporações médicas, hoje, promove a regressão reacionária a um passado de opressão da razão e do homem. O médico, transformado num novo sacerdote de um culto de uma espécie de magia negra, é quem opõe-se, hoje, às forças emancipatórias.

A iatrogênese cultural: a alienação da dor e da doença

Illich (1975) nos fornece na terceira parte do seu "Nêmesis da medicina: a expropiação da saúde", uma análise geral das mudanças por que passam as sociedades ocidentais, a partir do tema da autonomia dos indivíduos e dos modos de interpretação e ação frente aos seus problemas de saúde. O autor descreve um amplo movimento cultural cujas conseqüências são desastrosas, e de cujo reforço urge serem tiradas as ações de atenção à saúde. A discussão que segue, uma síntese livre desta parte de sua obra, tematiza a relação do homem moderno com a dor e o sofrimento, mas pode ser fundamentalmente estendida para a relação com a enfermidade, a doença.

Para os médicos e cientistas da medicina, hoje, a dor "é um dos sintomas mais comuns, denunciando lesões orgânicas que determinam o fenômeno reflexo, e, em menor freqüência, exprimindo a origem psicógena. É uma sensação desagradável, e, portanto, afetivamente negativa, resultante de lesão dos tecidos que sofrem agressões químicas, físicas ou biológicas, ou através da influência psicógena. A dor é um fenômeno neurológico reflexo (...)" (Ramos Jr, 1973,p.16).

Mas para quem a sofre, a dor é bem mais do que isto, assim como as enfermidades são muito mais do que os critérios e saberes médicos. Elas podem ter

[16] "Quanto mais complicada e mais refinada a aparelhagem social, econômica e científica, para cujo manejo o corpo já há muito foi ajustado pelo sistema de produção, tanto mais empobrecidas as vivências de que ele é capaz. Graças aos modos de trabalho racionalizados, a eliminação das qualidades e sua conversão em funções transferem-se da ciência para o mundo da experiência dos povos e tende a assemelhá-lo de novo ao mundo dos anfíbios. A regressão das massas, de que hoje se fala, nada mais é senão a incapacidade de poder ouvir o imediato com os próprios ouvidos e tocar o intocado com as próprias mãos: a nova forma de ofuscamento que vem substituir as formas míticas superadas" (Adorno & Horkheimer, 1985, p.47).

várias facetas, simultanemanete diferentes, intensas e verdadeiras: um valor intrínseco negativo, fato que designa a experiência da abolição da integridade do indivíduo consigo mesmo e ou com seu meio. Aí, a dor ganha caráter trágico, portando certezas excepcionais. De valor incomunicável, e igualmente incontestável, é também inacessível ao termo que a designa clinicamente, não podendo assim ser enquadrada em categoria alguma. Diferentemente de outros males, não admite distinção entre causa nociva e a experiência penosa, ficando o indivíduo na solidão de sua experiência pessoal e única (Illich, 1975, pp.133-4).

Paradoxalmente, porém, apesar da incomunicabilidade da dor, a certeza de sua existência (possível) no outro é uma verdade de tipo igualmente excepcional. A percepção da dor no outro denota uma verdade também inquestionável: a certeza de que o outro é capaz desta experiência. Isso acompanha a certeza de que ele é humano (ibid.). Talvez seja tão crucial quanto envolvido no fato de que toda dor é sempre uma dor para alguém, tem sempre um destinatário que é uma pessoa (podendo ser a própria vítima).

Sendo uma linguagem, toda dor supõe recepção e reciprocidade, compreensão e resposta. Assim, paradoxalmente, a dor pode ser momento de envolvimento mais íntimo do doente consigo mesmo, seu meio, sua vida. Momento de parada de um ser em crise. Tal envolvimento pode ser, e amiúde é, extremamente terapêutico, e dele pode a pessoa sair mais forte, mais autônoma, mais responsável por si mesmo e perante a vida e o sofrimento dos outros. Mas para melhor compreendermos o problema da dor é necessário incluir nesta discussão o contexto sócio-cultural em que ela ocorre.

A sensação da dor é provocada por mensagens recebidas no cérebro. No entanto, a experiência da dor, a que Illich reserva o termo *sofrimento*, depende em qualidade e intensidade de outros fatores, independetemente da natureza e da intensidade do estímulo nervoso. A linguagem, a ansiedade, a atenção, e a interpretação são alguns desses fatores que dão forma à dor e através dos quais agem como determinantes sociais a ideologia, as estruturas econômicas, as características sociais, as crenças e as concepções sobre o mundo e o homem nele. Ou seja, é a cultura que orienta o sentido dado ao indivíduo à experiência da dor e enfermidade, é ela que estabelece, de forma geral, se é o pai, a mãe ou ambos que devem gemer no nascimento de um filho (ibid., p.129).

Uma dor é vivida, e se constitui em sofrimento, se estiver, portanto, integrada numa cultura. Justamente pelo fato de a cultura fornecer um quadro que permite organizar o vivenciado, ela é condição indispensável ao desenvolvimento da "arte de sofrer". Isso dá à toda dor (e a outros sintomas ou doenças) a forma da interrogação que pode ser expressa e partilhada; fornece elementos para veicular a dor, os sons, as palavras e os gestos que aliviam e permitem a comunicação, o diálogo que liga a vítima ao seu meio. Enfim, a cultura fornece a matriz explicativa, os mitos, as lendas, o universo simbólico que explicam a existência da dor e a ela dão sentido (ibid.,p.135).

Cada tradição propõe um conjunto de virtudes nas quais a resposta à dor pode se encarnar, e pelas quais a dor, corporal ou não, ganha a forma de experiência característica de uma cultura, e de um indivíduo dentro dela.

> Cada homem, através da estrutura da linguagem, através dos gestos que o formaram, está impregnado de um estilo que lhe permite assumir a dor enquanto é responsável de sua vida ou diante da dos outros. Só a dor assumida como responsabilidade de sua vida concreta a faz experiência pessoal, enfrentada de maneira autônoma e não mecânica e constrangedora; experiência cotidiana e comum, nem histriônica nem heróica; pessoal e social e não artificial e individualista. (ibid., p.128)

Segundo a cultura em que sobrevém, o sofrimento pode evocar dever, separação, oração, piedade, lamentação, resignação, ritual, repouso etc. A despeito da consolação religiosa, do apoio humano, de um ritual mágico, de um chá, em emplastro, uma dieta, uma massagem ou de ervas e remédios usados, em tal quadro tradicional o sofrimento permanece trabalho autônomo, solitário. "As culturas tradicionais, em sua maioria, tornam o homem responsável de seu comportamento sob o impacto da dor" (ibid., p.127).

Segundo Illich, nas tradições ocidentais que mais influenciaram a cultura moderna, na Grécia antiga, na cultura hebraica e no cristianismo[17] , não há indício do que chamou de medicalização da dor. Muitas condutas podiam ser desencadeadas pela dor, mas apenas uma abordagem da dor era no entanto impensável: a que visa fazê-la desaparecer. Há três razões que explicam por que essa abordagem analgésica permaneceu estranha a todas as civilizações européias. Primeiramente, a dor no homem não era outra coisa senão manifestação de um universo imperfeito:

[17] Illich comenta que, na doutrina política cristã, a inevitabilidade da dor se transformou em obrigação de sofrer, instrumento sem precedentes de repressão. Não se pode compreender o fenômeno ocidental de luta médica contra a dor sem ver nela uma reação ao uso político da suposta obrigação de sofrer no ocidente cristão.

jamais era concebida como simples disfunção mecânica em um dos seus subsistemas. O significado da dor era cósmico e mítico, e não individual e técnico. Em segundo lugar, a dor era intrínseca à natureza. O médico que tivesse pretendido eliminar a dor teria desnaturado seu paciente. Finalmente, a dor era concebida como experiência da alma, mas de uma alma que estava presente no corpo inteiro. Não podia existir um mal, fonte da dor, que se distinguisse do mal que era a dor em si mesma. Querer eliminá-la teria eqüivalido à eliminação do paciente (ibid., p.138).

Illich localiza o início das mudanças neste quadro geral e o começo da luta contra a dor em Descartes, que separa o corpo da alma, construindo um modelo em termos de geometria, mecânica e relojoaria, semelhante a uma máquina que pudesse ser reparada por um engenheiro. No fim do último século, a dor estava emancipada de todo referencial metafísico. Desde então, ocorreu uma grande virada da medicina rumo à analgesia, que se insere dentro de uma reavaliação ideológica da dor e do sofrimento, a qual se reflete na cultura e em todas as instituições contemporâneas. Para o autor, a dor e sua eliminação por conta institucional adquiriram lugar central na angústia do nosso tempo. O progresso da nossa civilização se torna sinônimo de redução total de sofrimento, através da tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas:

> Assim, a dor começa a ser vista primeiro como a condição dos homens a quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas. A idéia de que a arte de sofrer [e ou enfrentar de outras maneiras] a dor é uma resposta alternativa e complementar ao consumo analgésico adquire tom literalmente obsceno. Em uma sociedade dominada pela analgesia, parece racional fugir da dor, literalmente a qualquer preço, mais que lhe fazer frente. Parece razoável se libertar dos incômodos impostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. À medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor (...). Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, a droga, a violência, e o horror continuam algumas vezes os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar uma experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas. Hoje tornou-se extremamente difícil reconhecer que a capacidade de sofrer pode constituir sinal de boa saúde, desde que sua supressão institucional encarna a utopia técnica diretriz de uma sociedade. O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia, supressão da angústia, e gerência de suas sensações – rejeita a idéia de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse. A lembrança dos outros, dos pobres, dos *subdesenvolvidos*, e das pessoas de outrora, de quem a dor não é governada sistematicamente, crispa o *antialgemaníaco* ao lhe recordar a própria impotência para estabelecer relações íntimas com o seu meio. Assim, se explicam a teimosa rejeição a toda valorização positiva da dor e a fúria ardorosa em interpretar tal valorização como resultado, seja de uma tendência sadomasoquista, seja de um dolorismo pseudocristão (Illich, 1975, p.140).

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação pura de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente à qualquer dor, sintoma ou enfermidade. Esta pergunta suscitada pelo dor e pelo adoecimento é tão essencial quanto sua intimidade, sua intensidade e sua natureza. A dor é experimentada, muitas vezes, como sinal de carência de sentido, de motivo, de perspectiva, de referência, de presença. O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele.

Entretanto, o desenvolvimento da faculdade de objetivação da dor e dos sintomas em geral é um dos resultados (perseguidos) da formação científica dos médicos. Seus estudos os incitam a concentrar a atenção nos aspectos classificáveis e manipuláveis da dor e dos outros sintomas. O ato médico vai assim reduzindo-se a uma intervenção mecânica e técnica. E a interrogação essencial é transformada em vaga ansiedade que se pode facilmente reduzir ou dissolver por meio de ansiolíticos “eficazes”.

Além disso, a profissão médica decide hoje quais as dores ou doenças autênticas, as imaginadas ou simuladas. Os termos com que o médico-professor explica aos seus alunos a natureza da dor ganham em precisão objetiva e os termos de referência subjetiva com os quais os pacientes se esforçam para discernir e dar significado a sua dor esvaziam-se e perdem seu poder de comunicação, sendo engolidos e metamorfoseados pelo entendimento e uso médicos. E a sociedade reconhece este julgamento profissional e adere a ele. A dor objetiva pode vir a ser sofrimento apenas através do olhar de uma pessoa, mas é o olhar profissional que mais determina a relação do paciente com a sua experiência, hoje em dia.

A institucionalização da dor, das doenças e dos valores reflete-se na linguagem e muda o sentido e o peso das palavras. A dor corporal é indicada por uma litania de termos que designam o aborrecimento, fadiga, punição, aflição, trabalho penoso, provação, agonia, culpa, vergonha, tortura, ansiedade, tristeza, doença, depressão, opressão, confusão, etc. Mas o sentido em que a palavra “dor” é empregada corretamente numa sala de cirurgia designa alguma coisa que não tinha nome especial para as gerações passadas. A palavra está medicalizada por seu emprego profissional e se reduz à designação da parte da sensação sobre a qual o

médico pode afirmar a sua competência e o seu controle (ibid.,p.132).

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnorteia a vítima sem que ela tenha outros recursos senão entregar-se ao tratamento médico. Aí a compaixão (fonte de consolo, conforto, distração e esperança) - e o conhecimento cultural sobre a saúde (tradicional, popular ou de outra medicinas) de gerações anteriores e do entorno social do doente (fonte de tratamento integrado à cultura e à vida do paciente e dos seus), transformam-se em virtudes obsoletas e muitas vezes indesejadas. A medicalização da linguagem, da resposta à dor e de sintomas similares ou desagradáveis está em vias de determinar condições sociais que paralisam e impedem a capacidade de reagir autonomamente frente à dor ou sofrê-la (ibid.,p.130).

Sem matriz cultural ou conhecimento que propiciem outra saída, os pacientes aprendem a conceber sua própria dor ou doença como fato clínico objetivo, que pode ser submetido a tratamento “estandardizado”. A civilização moderna, médico-industrial, consegue assim, estupidificar o homem: incapacitado e sem meios para vivenciar sua dor e seus problemas de forma pessoal autônoma, ainda que socialmente compartilhada, a própria cultura o empurra a pedir intervenção técnica médica externa, a qual tem por ideal e promessa a supressão da dor .

A cultura, que, segundo Illich, sempre forneceu base e sustento para o enfrentamento da dor e dos problemas de saúde e da vida, agora deixa o homem desamparado, ignorante, desumanizado. Uma cultura massificada, pobre de valores vitais, tira-lhe os instrumentos de defesa e luta por sua saúde, pondo-o nas mãos do trato médico profissional (em geral sintomático e analgésico), estranho à compreensão tradicional ou pessoal do doente - às vezes já resquicial – e desagregador das relações entrelaçadoras do homem com sua doença, seu meio, a natureza, seus próximos e com ele mesmo.

Para o autor, as culturas tradicionais tornavam o homem responsável por seu comportamento sob o impacto da dor. Tornavam-na suportável e enfrentável, integrando-a num sistema carregado de sentido. Hoje, o tecido de respostas (orgânicas, pessoais, emocionais e sociais) à dor, propiciado pelas culturas, está em vias de se desfazer (ou já está se desfazendo), “de se transformar em uma demanda geral de gestão técnica das sensações, das experiências e do porvir individuais. A dor dava outrora nascimento a uma resposta cultural que permitia aos homens

fazerem face à realidade cada vez que esta se apresentava como barreira à sua vontade de agir" (ibid.,p.128). Hoje, cresce um processo em bola de neve, em que o indivíduo aprende a se ver como *consumidor* de anestesias, sintomáticos, quimioterápicos e cirurgias. E se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia, apatia, "bem-estar" artificialmente, ou apenas obter inibição dos seus sintomas para que possa retornar à rotina de labuta, em geral mecanizada, pela sobrevivência ou acúmulo econômico.

É claro, para Illich, que todo homem tem o direito ao conhecimento e à moderna técnica científica e industrial, não só médica, e às informações sobre os benefícios e perigos das drogas e procedimentos usados na medicina, muitos dos quais lhe alteram a consciência e o corpo. Mas esses progressos, na grande maioria das vezes, só lhe favorecem a saúde na medida em que alargam sua capacidade e responsabilidade diante de si mesmo e dos que sofrem (ibid.,p.142).

Illich dedica, um pequeno capítulo de sua obra, nesta parte sobre a iatrogênese cultural, para uma discussão crítica da doença (capítulo VII – A doença "heteronômica"). Inspirada em Foucault, não é menos devastadora a crítica illicheana à objetivação e ao monopólio médico-científicos que alienam, tanto prática como subjetivamente, as doenças de seus doentes. Analisando aspectos políticos e sociais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirma sua condenação da heteronomia imposta pela cultura e medicina modernas, particularmente quanto à destruição do cabedal cultural disseminado pela sociedade, capaz de propiciar ação autônoma em saúde. Quanto à desumanização institucional da medicina é taxativo: "[antes] o paciente podia esperar encontrar nos olhos de seu médico um reflexo da própria angústia. O que ele encontra aí atualmente é o olhar fixo do tecnocrata, absorvido pelo cálculo custo/lucro" [e, acrescentaríamos, pelo cálculo probabilístico do enquadre diagnóstico] (ibid.,p.154).

Criticando o uso político-cultural da biomedicina atual, "o diagnóstico médico está ali para explicar que, se eles [os pacientes] não a suportam [a sociedade industrializada] não é por causa do meio ambiente desumano, mas porque seu organismo está falhando" (ibid.). E quanto à necessidade de se incrementar a autonomia (uma forma menos agressiva de ser interpretada a desprofissionalização da medicina), o autor é claro: "A grande maioria dos diagnósticos e intervenções terapêuticas estatisticamente mais úteis do que prejudiciais aos pacientes tem duas características comuns: é pouco dispendiosa e pode ser aplicada facilmente de

forma autônoma no seio da célula familiar" (ibid., p.155).

Não se trata, ao nosso ver, de concordar ou discordar de suas taxativas afirmações, mas de entender os reais problemas por Illich levantados. Por exemplo, é praticamente inquestionável que o que hoje chama-se gripe, ou IVAS (infecção de vias aéreas superiores), em adultos e em crianças, pode ser, sempre foi e deveria continuar sendo, diagnosticado autonomamente e assim tratado, possivelmente sem medicação quimioterápica industrializada alguma, no domicílio – ou, pelo menos, não institucionalmente. Mas quantas mães com filhos e quantos adultos cada vez mais buscam atenção profissional à saúde, em geral médica, gripados, e quantas medicações são prescritas nestas consultas?

Porém, para melhor se entender a crítica illicheana ao progressivo domínio heterônomo das ações em saúde, devemos levar em conta seu conceito de contraprodutividade, que mescla planos de análise econômicos, tecnológicos e políticos, desenvolvido por Illich na parte sobre a iatrogênese social.

A contraprodutividade

A necessidade de um resgate, um incremento, uma construção ou reconstrução da autonomia se dá não só por se abraçar a causa da emancipação do sujeito, mas o próprio desempenho eficiente dos diversos aparatos tecnólogicos exige esse novo acordo para que se possa chegar a uma nova composição de forças entre ações autônomas e heterônomas. A chave para o entendimento dessa afirmativa é a idéia de contraprodutividade específica, desenvolvida por Illich: a idéia de uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em sua função (onde a máquina, a instituição e a medicina podem ser vistas como ferramentas: o automóvel que produz congestionamentos, a escola que inibe talentos, o hospital que favorece a doença). Essa contraprodutividade pode se dar por excesso de produção da ferramenta ou por monopolização da função, surgindo o efeito paradoxal.

"O mundo industrial gera constantemente essas frustrações no uso de ferramentas de utilidade social, porque faz com que elas operem de tal modo a minimizar ou paralisar a ação autônoma dos indivíduos que é indispensável para que estes possam se beneficiar com conveniência e segurança dessa utilidade

pressuposta" (Nogueira,1997, p.16) . E a contraprodutividade é uma frustração social interna ao uso da ferramenta. Seus custos não podem ser externalizados, nem pode o consumidor recorrer a outra fonte de serviços (outro hospital, por exemplo), porque as condições sociais de profissionalização e do institucionalismo fazem com que todos operem sob a mesma lógica.

> O que ocasiona a iatrogênese e outras formas de contraprodutividade específica? Não se devem a erros técnicos ocasionais nem as aspectos relacionados com diferenças e luta de classes, responde Illich; resultam, sim, de uma paralisia da capacidade de autogoverno do cidadão induzida pelo sistema industrial, que vem da destruição de certas condições culturais e psicológicas que possibilitam a produção autônoma de valores de uso, por fora dos esquemas mercantis e profissionais que hoje os monopolizam. As pessoas tornaram-se condicionadas a obter em vez de fazer, a comprar em vez de criar: em saúde, não querem mais curar-se mas serem curadas (id.,p.17).

Ou seja, a partir de certo limiar de expansão da produção heterônoma e de suas instituições, o equilíbrio sinérgico entre as ações de saúde autônomas (realizadas pelo indivíduo ou seus pares no seu meio social autóctone) e ações heterônomas (realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados) é rompido internamente; a contraprodutividade começa a crescer e a expandir-se retroalimentando positivamente a produção de ações heterônomas. A conseqüente expansão da produção heterônoma gera mais contraprodutividade, e ambas, por sua vez, geram a ilusão da necessidade de mais ação heterônoma para corrigir os efeitos indesejáveis e paradoxais produzidos. Perde-se, assim a ajuda mútua, a sinergia positiva entre as ações heterônomas e autônomas: no nosso caso, a atenção em saúde, em vez de ampliar e promover a autonomia do doente, para que este possa menos necessitar de novas ações heterônomas e melhor usufruir de eventuais ou necessárias dessas ações, destrói a autonomia, reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral.

Com este passeio pelas idéias de Illich, podemos - a partir de evidências, a nosso ver incontestes, acessíveis a qualquer um como profissional ou paciente, oriundas da vivência nos serviços de atenção à saúde - ressaltar a pertinência e relevância desta crítica contundente à cultura moderna em saúde, e seu desdobramento na atenção à saúde nos serviços. Essa crítica abre desafios e campos de estudo pouco explorados e enfrentados pela academia e pelos serviços de saúde, onde inclusive a Saúde Coletiva tem influência significativa. O próprio Illich

deixa entrever caminhos de ação e construção, permeando a destruição ímpia de ilusões e imagens consagradas que realizou na sua obra. Vamos a eles.

Os caminhos indicados por Illich

Por mais que Illich tenha sido conhecido pelo prefixo “des”, agora nos interessará o que pode ser aproveitado construtivamente de suas críticas a conformar um “re”, de recuperar, reequilibrar, reformar, a partir de sua análise.

Nogueira (1997), na sua reinterpretação da obra illicheana, vê uma série de contribuições pioneiras em Illich, o qual conceberia a possibilidade de uma via de resgate para o instrumentalismo industrial moderno, que esmaga a autonomia com a heteronomia e suas forças disciplinares. Discutiremos agora brevemente as contribuições e propostas desses dois autores. É preciso destacar, entretanto, que a nosso ver e perante nossos objetivos, não é o mais relevante se o que Nogueira (op.cit.) ou nós interpretamos pode mesmo ser depreendido da obra de Illich, mas sim o que do conteúdo dessas propostas pode ter validade, necessidade e pertinência contemporaneamente.

Para Illich, a ação autônoma concretiza em si as possibilidades de uma realização emancipatória dos sujeitos na sociedade industrial, enquanto que a ação heterônoma, dependente de bens e serviços industrializados, apenas lhe serve de suplemento numa garantia de acesso eqüitativo a alguns benefícios do desenvolvimento social das técnicas e da ciência. Isto é importante não só por adesão às idéias emancipatórias, mas por necessidade de diminuir a contraprodutividade e reequilibrar a sinergia das ações heterônomas e autônomas.

A visão de autonomia de Illich reproduz de certo modo a visão iluminista de emancipação e de progresso. A emancipação significava a eliminação da autoridade moral e intelectual da tradição e da religião; e progresso era a ascensão da humanidade na escada infinita do desenvolvimento das forças produtivas. Porém, para Illich, a liberdade de ação em saúde podia ser perfeitamente compatível com a tradição, tanto no aspecto moral como técnico (Nogueira, 1997, p.20). Entretanto, essa discussão não é relevante hoje, quando não se concebe mais qualquer imposição de cunho religioso, como o ocidente sofreu por séculos, e também por não

significar contestação à proposta central do reconhecimento do potencial emancipatório da ação autônoma, e de sua necessidade para diminuição da contraprodutividade.

A defesa da liberdade, da criatividade e da autenticidade próprias da ação autônoma, defendidas por Illich, fundam-se numa concepção vitalista de saúde, por ele assumida, inspirada em Canguilhem (1978): “Acima de tudo, a saúde designa a amplitude de autonomia com a qual a pessoa pode exercer o controle de seus próprios estados biológicos e sobre as condições imediatas de seu ambiente. Neste sentido, saúde é idêntica com o grau de liberdade vivida” (Illich *apud* Nogueira, 1997, p.24). A partir desta visão de auto-normatividade vitalista, Illich insiste em ter a saúde como expressão da liberdade civil – sob o ponto de vista político - posta anteriormente e como premissa do seu enquadramento como direito, ao mesmo tempo em que não abre mão do princípio de equidade, inclusive no acesso aos serviços de saúde.

A noção de saúde como liberdade, ainda, está intimamente associada por Illich como liberdade e responsabilidade. O lado luminoso da metáfora de Nêmesis fala da extinção do sentimento de vergonha e de culpa pela tentativa do homem de assalto aos céus, e clama ao regozijo do sujeito no reconhecimento de sua liberdade e de suas possibilidades na terra: um mundo de satisfação austera de todas as aspirações realistas. A satisfação austera significa que doravante há a responsabilidade pessoal diante de limitantes da ação que antes podiam ser deslocados com certa tranqüilidade para a alçada de uma agência de poderes transcendentes – não só a religião, mas também a medicina e seus profissionais, como religião da modernidade. Os limites, incertezas e riscos à prática têm que ser enfrentados doravante por cada um, inclusive os limites a que se deve levar a confiança a outrem (id.,p.31).

Nogueira (op.cit), considerando que a concepção illicheana de saúde como liberdade apresenta “fortes traços metafísicos”, opta por uma crítica pragmatista em que a contraposição entre autonomia e heteronomia deve ser entendida como uma diferença de grau entre dois pólos: 1) aquilo que nos é mais familiar, obedece à direção de nossas crenças e desejos comuns e, portanto, algo que é mais fácil de lidar com o apoio das pessoas que nos rodeiam e com recursos que nos estão à mão (autonomia); e 2) aquilo que nos é menos familiar, que obedece à direção de crenças e desejos mais ou menos estranhos a nós, e, portanto, algo que é mais

difícil de lidar, porque depende de pessoas e de recursos que não controlamos (heteronomia). Conclui Nogueira (1997, p.40):

> Pleitear nos dias atuais a retomada da opção da (...) autonomia, não pode resultar de um reencantar-se com a velha sedução política e filosófica da liberdade, mas do convencimento de que aí se encontra uma via de autoenriquecimento da experiência humana na saúde. A ênfase na expansão da autonomia responde a uma prioridade ética e política de expansão gradual da solidariedade comunitária. Portanto, esta distinção pode ser vista como uma indicação para uma via para o melhor, não em geral ou abstratamente, mas na perspectiva da história.

Illich, citando Hans Jonas[18], resgata deste a proposta de construção de uma nova ética através do que propõe como o "Princípio Responsabilidade": um novo imperativo categórico que transcende a ação individual, dirige-se ao coletivo e necessariamente também à posteridade, para além da ética tradicional. E que leve em conta o perigo emergente desse superdimensionamento da civilização tecnológica, como conseqüência do curso e do rumo atual do programa baconiano de dominação da natureza. Ou seja, a idéia é que se leve em conta o perigo não do fracasso, mas da exorbitância do sucesso do ideal baconiano. O perigo da catástrofe pelo excesso de sucesso, pela dialética do poder sobre a natureza e pela compulsão a exercitá-lo revela, ao ápice dessa compulsão, a sua insuficiência e a sua autocontradição, em que há, então, a perda do controle de si mesmo: "O poder se tornou auto-suficiente, enquanto a promessa se converteu em ameaça, sua perspectiva de salvação em apocalipse" (Jonas *apud* Giacóia, 1996, p.80).

Illich é repetitivo, na sua obra, sobre a constatação da perda das condições objetivas para a ação autônoma em saúde com a perda das tradições, e parte da impossibilidade de regressar a elas. "A invocação do sagrado está fora de questão na crise que vivemos atualmente" (Illich, 1975, p.195). O autor também recusa a ecologia como nova candidata à hegemonia entre as ciências, rechaçando a possibilidade de limitar o crescimento industrial a partir de dogmas ecológicos para cuja observância seria necessário um poder policial. A ideologia ecológica a ditar esses limites seria "versão pseudo-científica da antiga sacralização da natureza" (id.), concordando também que não se pode aceitar imposições do Estado ou outra instituição similar.

---

[18] Hans Jonas, filósofo alemão falecido em 1993, publicou em 1979 sua obra principal, "O Princípio Responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica". Não tendo encontrado tradução do alemão, baseamo-nos no artigo de Giacoia (1996), onde estão sintetizadas as teses de Jonas.

As condições perdidas que permitiam sinergismo entre ações autônomas e heterônomas terão que ser criadas agora por uma outra via: a ação política e ética (ibid., pp.193-6).

Illich prepara, assim, o caminho para a visualização de intervenções em busca do reequilibro sinérgico das ações autônomas e heterônomas com base em pressupostos de democracia, que ampliem as bases do debate e de consenso sobre o que fazer para revigorar ação autônoma, regular a heterônoma e combater a iatrogênese. E que busquem "uma ética referida à saúde como liberdade e responsabilidade, que em meio aos riscos bio-ecológicos e por isso mesmo, na perspectiva da normatividade vital e subsistência coletiva, não se separe conceitualmente das regras elementares de prudência[19]" (Nogueira, 1997, p.25).

A crítica de Illich contribui também para a discussão do que seja a satisfação nas ações de saúde, que pode ser vista sob três vertentes: primeiro, a satisfação como atendimento de necessidades (definidas heteronomamente); segundo, a satisfação por referência ao juízo das pessoas mesmas, enquanto consumidoras de bens e serviços; terceiro, a satisfação enquanto auto-satisfação: gratificação identificada como sendo motivada por um desempenho auto-sustentado. Para Illich, o terceiro é o caminho emancipatório da saúde como liberdade. A sua crítica às duas outras vertentes leva em conta a dependência que é criada perante a ação heterônoma, tendente a cristalizar as necessidades e sua satisfação como demandas de atenção por especialistas, criando uma paralisadora compulsão de consumo (Nogueira, 1997, p.45). Com isso, mais do que apenas criticar as vertentes mais presentes, Illich contribui acrescentando perspectivas a complexificar e ampliar o leque de referências a serem contempladas nas discussões sobre satisfação em saúde.

Discutindo os problemas da confiança, da segurança e da ética envolvidas na relação profissional-doente, Illich faz uma crítica virulenta à confiança cega que as pessoas costumam reservar aos supostos poderes extraordinários da medicina moderna. Na modernidade, uma segurança ontológica para os indivíduos, que envolve um mecanismo psíquico de colocar "entre parênteses" os riscos envolvidos na vida cotidiana, é obtida através da confiança depositada em sistemas abstratos como a medicina (em que o conhecimento e a perícia de outrem são presumidos

[19] A prudência, aqui, significa o que resulta "não só do que sabe e divulga a ciência, mas também da opinião que vem da experiência de vida do comum das pessoas" (Nogueira, 1997,p.44).

como uma garantia que permite um “salto no escuro”, possibilitando uma despreocupação quanto aos riscos implícitos nas situações e ações relativas à enfermidade). Segundo Nogueira (1997), Illich lança luzes ao processo de reflexividade em saúde para mostrar duas coisas: 1) existe uma outra forma de segurança ontológica que precisa ser restaurada - aquela que predomina no ambiente familiar e em certas tradições que se aplicam ao trato com a enfermidade e a dor; e 2) a referência ética para a ação autônoma e para a ação heterônoma é a saúde como liberdade e responsabilidade, que presume, portanto, cada um fazer crescer sua autoconfiança - destruída pelas forças heteronômica que inspiram uma pseudo-segurança. A autoconfiança é indispensável para reaprender a utilizar a capacidade individual e familiar de lidar com a dor, a enfermidade e a morte.

Illich, assim, vai mais além da proposta de uma confiança ativa, como respeito ao “princípio de autonomia” em termos do respeito pelas decisões do paciente quando devidamente informado sobre os riscos que tem a correr (ou seja, a construção de uma confiança ativa por oposição a uma confiança passiva ou cega), como defendem correntes da bioética clínica. E difere também da direção do chamado “princípio da beneficiência” (fazer o bem ao paciente). No modelo de Illich, o paciente é construtor da sua própria saúde, não apenas por suas decisões racionais, mas por seu cabedal autóctone de conhecimentos e por sua capacidade imperscrutável de produzir o bem para si mesmo, inclusive com a materialidade de muitos auto-serviços. Sua bioética tem uma inspiração vitalista - a saúde como vida e liberdade vivida é fonte de valores maiores do que os da razão, gera para si um bem maior do que o da ação instrumental, no atuar através de vias que podem ser bem conhecidas mas que também podem ser imprevisíveis ou até incognoscíveis dentro dos paradigmas atuais da ciência (id.,p.42)**.**

Por fim, vale ressaltar alguns aspectos relevantes das idéias de Illich e Nogueira, a indicar direções que assumimos neste trabalho.

A concepção de cuidado autônomo prudente supera a dicotomia iluminista do conhecimento que tem a marca da certeza (da ciência) em face do conhecimento falível e ilusório (da opinião). Buscando uma alternativa ao modo determinístico (comum na ciência) de definição do problema do que seja *necessidade* para a *satisfação* na atenção em saúde, ainda que pragmática, Nogueira propõe equacioná-las

> não-deterministicamente com o que as pessoas (clientes e técnicos) acham *melhor*. Mas o melhor não é algo encontrado no mundo; é uma proposta, uma invenção, que pretende superar uma situação anterior, mas, que, no momento de seu aparecimento, não desfruta de unanimidade do opinião, nem entre os clientes nem entre os técnicos. A proposta do melhor, neste sentido, pode nascer tanto do diálogo com os clientes quanto de um lance unilateral dos técnicos. Envolve, portanto, um risco de não dar certo, de não vingar, não importa de onde venha (ibid.,p.51).

Essa perspectiva de Nogueira, ainda que norteada por outros referenciais filosóficos, a nosso ver converge praticamente com a perspectiva de Badiou assumida por Spinelli (1998) de uma "ética da verdade", onde o reconhecimento dos buracos e inconsistências da racionalidade médica científica só pode ser enfrentada por apostas, e pela decisão dos sujeitos de assumirem certas direções e práticas, e, através destas, de assumirem a responsabilidade do reconhecimento de certos *acontecimentos*, através de atos de verdade (esta sempre intotalizável) que, finitos e locais, sempre se vivem, se fundam e se limitam frente a incertezas, desconhecimentos e frente ao inominável. Esta aposta pode ser assumida por sujeitos mas nada garante, nenhum saber prévio garante o sucesso ou o destino desses atos e dessas propostas. A responsabilidade, e a decisão de que as apostas estão vinculadas a melhores dias ou *situações*, permanece sempre sem garantia total (Spinelli, 1998, pp.283-298).

Este *melhor,* atualmente, pode ajudar a superar duas distinções que foram caras ao iluminismo: a opinião em contraposição ao conhecimento verdadeiro (Santos, 1982), e a separação autonomizada das esferas e instâncias da ciência, da ética, da política e da estética. (Luz, 1988).

Mas se a liberdade do cuidado autônomo é uma oportunidade de crescimento pessoal, de novos papéis, de auto-enriquecimento através de descrições e ações mais nobres sobre "o que somos" e "o que fazemos", para cada um e para uma comunidade, ela é também fonte de riscos e de incertezas para todos. Provavelmente isto está envolvido no fato de que não só a dominação heterônoma é obstáculo ao florescimento da autonomia, mas também "pulsões que se fixam em mecanismos de satisfação auto-destrutiva, e, portanto, masoquista. A dor da dependência heterônoma é preferível aos enfrentamentos dos riscos da autonomia" (Nogueira, 1997, p.53). Não convém apostar ou esperar que os pacientes sejam super-homens nietzscheanos[20].

[20] A analogia refere-se aos ensinamentos do profético e heróico Zaratustra, personagem de Nietzsche (1956) que

A questão novamente colocada aqui é a de um reequilíbrio sinérgico entre satisfação heterônoma e auto-satisfação (ação heterônoma e ação autônoma), em que a primeira funcione como uma retroalimentação positiva para a segunda.

encarnava a ascenção ao "super-homem" (ou ao além-do-homem, em algumas traduções): a quebra de todas os valores instituídos (a "transmutação" de todos os valores), a revolução pessoal permanente, a afirmação do passado e a auto-construção do presente, a libertação das amarras e convenções culturais e sociais.

Capítulo 2

O paradigma da biomedicina e a crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a "doença do médico" e a "doença do doente"

Introdução

A crise da atenção à saúde e a medicalização social contêm aspectos relacionados ao saber médico, ocorridos no cotidiano dos hospitais, ambulatórios e centros de saúde públicos. É uma crise multifacetada, como já dissemos, ou a conjunção de várias crises: qualquer um o comprova vivendo, como profissional ou paciente, os dilemas de várias ordens que perpassam a prática médica nos serviços de saúde; dilemas de ordem econômica, ética, cultural, administrativa, filosófica, epistemológica, tecnológica etc. (Luz, 1998).

Em geral, os aspectos dessa crise relacionados ao saber biomédico são pouco abordados. No entanto, eles são o objeto central deste texto, na sua dimensão mais básica e cotidiana: nos fracassos, desencontros e impasses que dizem respeito aos significados, eficácias e vivências dos atos profissionais em saúde.

Neste capítulo, desenvolvemos uma reflexão acerca das relações de influência do saber biomédico na prática clínica, particularmente quanto aos aspectos problemáticos da mesma, que conformam, juntamente com outras tantas forças, a atual crise da atenção à saúde. Faremos isso de uma perspectiva interna ao exercício cotidiano da biomedicina num seu momento essencial e típico, o atendimento médico.

A biomedicina é ao mesmo tempo instituição, saber e prática. Quer-se científica e ao mesmo tempo deve cumprir uma missão fundamental: curar as pessoas – restabelecer-lhes a saúde e promovê-la. Para abordar a biomedicina enfatizando seu saber utilizamos o conceito de paradigma proposto por Thomas Kuhn (1987). Devido à imprecisão e às polêmicas em torno do conceito, o autor rediscutiu-o vendo nele dois significados: um que chamou de matriz disciplinar - constituída de elementos de vários gêneros que incluem a maior parte ou todos os

objetos de empenhamento dos cientistas de uma comunidade que comunga da matriz disciplinar, três dos quais são centrais para a operação cognitiva do grupo: generalizações simbólicas, modelos e exemplares (Kuhn, 1989b, p.358)[1]. Este é o sentido mais amplo dado ao termo paradigma, sendo que há um segundo sentido, mais restrito, que refere-se aos paradigmas dentro de um paradigma. Tal segundo sentido é onde os paradigmas menores identificam-se então com os exemplares, os quais são um componente do conhecimento relacionado a "uma percepção aprendida de semelhança" (id.p.,381), a qual é tanto lógica quanto psicologicamente anterior a qualquer critério, e que baseia-se em exemplos partilhados os quais "podem desempenhar funções cognitivas comumente atribuídas a regras partilhadas" (ibid.).

Na epistemologia kuhniana, ainda, a atividade científica "normal"[2] é caracterizada pela resolução de enigmas através de enunciados ou hipóteses que os cientistas testam sistematicamente, baseados numa teoria. No entanto, estes testes em nenhum sentido apontam para a teoria corrente. Pelo contrário, o cientista deve por como *premissa* a teoria corrente, a qual constitui as regras do jogo. O seu objetivo é resolver um enigma. Para tal deve testar muitas vezes a solução conjectural do enigma, mas só a sua conjectura pessoal é testada. Se falhar, só a sua própria capacidade, e não o corpo da ciência vulgar, é impugnada. Algo bem diferente ocorre nas fases de ciência "revolucionária", em que em raros momentos históricos *problemas* de maiores dimensões são solucionados, freqüentemente quebrando-se as regras do jogo e em que a própria teoria pode ser derrubada e uma nova ser aceita (Kuhn, 1989a, pp.328-9).

Partimos aqui do pressuposto, desenvolvido por Camargo Jr. (1992a,c, 1993a), de que a atividade médica pode ser considerada *em parte*[3] como científica,

---

[1] As generalizações simbólicas são as expressões facilmente e aproblematicamente desenvolvidas pelo grupo de cientistas, que podem se converter em expressões lógicas (em geral, matemáticas). Os modelos fornecem as analogias preferidas e, quando profundamente defendidos, uma ontologia; o empenhamento neles varia de um pólo menor, heurístico, até um empenhamento maior, metafísico. Os exemplares são soluções de problemas concretos; e sua percepção e enfoque são aceitos pelo grupo como paradigmas, no sentido usual do termo.

[2] Ou seja, a esmagadora maioria do trabalho científico. Para as distinções entre ciência "normal" e "revolucionária" ver Kuhn (1987): "A estrutura das revoluções científicas".

[3] É evidente que o termo medicina refere-se a uma prática, a um saber e a uma instituição simultaneamente, sendo que suas várias dimensões são, talvez, inextricáveis umas das outras. Mesmo enfatizando seu saber, como artifício de análise, ela comporta distintas disciplinas, com íntimas e talvez também inextricáveis relações entre si (como, por exemplo, a clínica e a epidemiologia, conforme discutiremos adiante neste capítulo). Camargo Jr. (1992c) prefere referir-se à "clínica" para resolver esta pluralidade de sentidos do termo medicina, considerando esta a disciplina essencial para o saber/prática na atividade médica. Entretanto, do ponto de vista de nossa

em termos de ciência normal, podendo ser aplicado a ela o conceito kuhniano: cada doente é um novo enigma para o médico a ser desvendado consoante regras do jogo definidas, as quais não são postas em xeque no caso de um fracasso seja diagnóstico seja terapêutico. A biomedicina comporta, pois, uma matriz disciplinar e exemplares.

Estando os fracassos do praticante biomédico, por hipótese, intimamente relacionados à crise da atenção médica, são um tema recorrente na nossa discussão, a qual será conduzida no sentido do exame de como se processa a relação de influência do saber biomédico na crise da atenção à saúde no cotidiano dos serviços, e como reage o médico frente aos seus fracassos, amparado na matriz disciplinar e seus paradigmas.

No entanto, o saber biomédico atual compõe-se, dentre outros conteúdos, de distintas disciplinas científicas, não sendo ele mesmo, a rigor, *uma* disciplina, senão que um campo de aplicação e desenvolvimento de várias delas, tendo como epicentro a clínica e a epidemiologia. Como reconhecer *uma* matriz disciplinar comum a este universo? Podemos responder a tal problema examinando permanências e homogeneidades de fundo, pressupostos teórico-metodológicos e filosóficos comuns; ou seja, atendo-nos mais à matriz disciplinar comum às várias áreas biomédicas, sem pretender abarcar o grande número de pequenos paradigmas de disciplinas particulares.

Nesse sentido um dos aspectos da crise atual da atenção à saúde com relação ao conhecimento biomédico é a ampla e consensual hegemonia de uma matriz disciplinar específica (um grande paradigma) e de poucos exemplares (pequenos paradigmas) centrais ao exercício médico, muito estáveis e consensuais neste século.

Tal grande paradigma[4] poder ser considerado o positivismo mecanicista, ou, para simplificar a designação mas com o mesmo sentido, apenas positivismo. Não é necessário frisar a importância e a extensão da influência do positivismo nas várias áreas da Ciência: sem dúvida, é a maior e mais influente corrente científica e "domina ainda hoje [mesmo] nas Ciências Sociais" (Minayo, 1993, p.48).

---

discussão, e como hipótese desenvolvida a longo deste capítulo, podemos considerar a biomedicina em geral (seu saber/prática) como referenciada em uma matriz disciplinar e em exemplares, como se verá.

[4] Daqui em diante, para simplificação do texto, e dados os esclarecimentos prévios, usaremos o termo consagrado "paradigma" para designar matriz disciplinar. Ficará evidente no próprio texto quando tratarmos de exemplares.

Queiroz (1986) chama ao paradigma biomédico de "paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna", ou "paradigma positivo-mecanicista dominante na medicina" (Queiroz, 1991, p.320-1). Castiel (1994, p.185) fala que a "metáfora dominante na biomedicina é a da representação do organismo como uma máquina". Camargo Jr. (1993, pp.2-7) diz que o "imaginário científico" da medicina contemporânea está ligado à racionalidade da mecânica clássica, onde o universo - e o organismo humano - "assume então a feição de uma máquina", e o conhecimento científico dirige-se no sentido de isolar componentes discretos reintegrados a posterior em seus "mecanismos" originais, onde o todo é a soma das partes (caráter analítico). Tal racionalidade delineia-se por seu caráter generalizante (discurso de validade universal, modelos e leis de aplicação geral), seu caráter mecanicista (universo como máquina subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos) e analítico. Segundo Lalande (1993, p.824-5), podemos designar por positivismo, não só a doutrinas ligadas a Augusto Comte, mas também a que se lhe assemelham (particularmente idéias de Condorcet), e que "

> têm por teses comuns que só o conhecimento dos fatos é fecundo; que o modelo da certeza é fornecido pelas ciências experimentais; que o espírito humano (...) só pode evitar o verbalismo ou o erro na condição de se ater incessantemente ao contato com a experiência [ao molde das ciências naturais] e de renunciar a todo e qualquer *a priori*, por fim, que o domínio das "coisas em si" é inacessível, que o pensamento não pode atingir senão o domínio das relações e leis.

Além disso, para Mora (1982, p.314), "o positivismo sublinha decididamente o *como* e evita responder ao *o quê*, ao *por quê* e ao *para quê*". É evidente a convergência dessas caracterizações do paradigma biomédico com o positivismo, no sentido delineado a seguir. Poderíamos denominá-lo como "paradigma biomecânico" ou outro termo análogo, porém devido à convergência e influência do positivismo nos modelos e concepções atuais biomédicos, optamos por denominá-lo apenas como "positivismo".

O positivismo advoga teses e carrega pressupostos os quais foram motivos de movimentos teórico-filosóficos e epistemológicos que tentaram lhe fazer frente, como, por exemplo, a fenomenologia, na área de Humanidades[5]. Isso, no entanto, não atingiu o seu império na biomedicina, praticamente não chegando na área da produção de conhecimento biomédico ou na prática da medicina.

[5] Cf. Dartigues (1973) e Luijpen (1973).

Os pressupostos e características centrais do positivismo (deixamos implícito o caráter mecanicista), na sua apropriação biomédica - vistos como paradigma da biomedicina - podem ser sintetizados em algumas assertivas, úteis para a nossa discussão:

- o mundo, a realidade, existe independentemente dos sujeitos.
- os objetos e fatos deste mundo, conseqüentemente, existem de *per si.* Como corolário, se o conhecimento é fiel aos fatos e objetos do mundo, é verdadeiro, os objetos do conhecimentos também têm existência própria.
- o conhecimento é uma relação estabelecida entre o sujeito e objeto, onde a questão crucial refere-se a haver correspondência fiel entre o conteúdo do conhecimento e os eventos da realidade, sendo a Ciência, então, a busca do conhecimento objetivo e verdadeiro, não passível de dúvidas, confiável, universal (ainda que incompleto e provisório).
- a realidade e seus fatos operam de acordo com relações e leis, de onde se sobressaem, na biomedicina as relações causais, então vistas numa relação de causalidade linear e mecânica, análoga aos mecanismos de uma máquina.
- os recursos eleitos para obter este conhecimento são a razão, a objetividade dada pela neutralidade do investigador e pela constância dos dados e a utilização de um método, racionalmente orientado, que garante sistematicidade e concretiza os anteriores. Além disso é necessária a definição de conceitos para impedir a ambigüidade da linguagem, de modo que o conhecimento provenha exclusivamente dos fatos estudados, dos dados obtidos na investigação.

Essas assertivas, servindo de fio condutor para a nossa discussão paralelamente com aspectos críticos e fracassos cotidianos do exercício da atenção biomédica à saúde nos serviços públicos, permitem-nos utilizá-las para uma análise da influência desse paradigma na crise da atenção à saúde.

A separação entre a realidade e os sujeitos

O mundo, a realidade, existe independentemente dos sujeitos. Uma afirmativa inocente como esta se desdobra em conseqüências de grande proporção na prática da saúde. É corriqueiro nos hospitais, clínicas e serviços, no discurso da biomedicina

(e soa normal a qualquer profissional de saúde, particularmente o médico), que a realidade da doença do doente independa dele próprio e do profissional que o atende.

Realizado o diagnóstico ou a possibilidade do mesmo (risco), não importa o que o médico ou o doente pensem, sintam, temam ou desejem - o processo caminha, ou ao menos nesta lógica deveria caminhar, indiferente aos sujeitos envolvidos, no seu combate à doença (ou risco de) diagnosticada. Se o diagnóstico não é realizado - o que é freqüente -, é comum que o clínico negue a existência da doença em palavras e atos, estando rigorosamente baseado na biomedicina, mesmo frente a um sujeito que, repetidas vezes, afirma o que sente e procura ajuda para "sua" doença, em peregrinações por serviços, especialistas, exames, etc.

Esta suposta e praticada independência, se em certas situações pode salvar pessoas, na imensa maioria das vezes tem facilitado e permitido que se crie uma dicotomia quase inabalável, um fosso intransponível: é a criação de duas doenças. 1) A doença "do médico" - aquele construto teórico com critérios objetivos, boa parte deles desvinculados das vivências, das sensações e dos sentidos vividos pelos doentes, ainda que extraído destes e de informações do corpo, e com estatuto de realidade; 2) e, por outro lado, a doença do "doente" - no mais das vezes, um mosaico de sintomas, sinais, sensações, concepções e sentimentos de várias qualidades, com valores e significados diversos para cada um e para cada subgrupo cultural, social, etc.

É preciso notar, entretanto, que a existência dessas "duas doenças" não é em si o problema. Em qualquer medicina, a compreensão do terapeuta sobre a doença, num dado caso, deverá ser diferente e, supõe-se, mais ampla e profunda que a compreensão do doente que o procura, de modo a incorporar e ampliar esta, enriquecendo-a. O problema está no afastamento progressivo e dicotômico que vem ocorrendo na biomedicina, no qual o médico quase que prescinde da doença do doente, e, progressivamente, não pode se comunicar com ele em termos de significado e sentido para a situação. Ou antes, a rigor, apenas pode lhe propor (ou tentar impor, mais propriamente) a perspectiva de que a sua doença é uma "coisa real e concreta", cuja significação, em termos de natureza, causas, etc. foi ou será determinada pela ciência e que está instalada no seu corpo ou mente, sendo que ele (o médico) tentará eliminar ou consertar.

Está assim criada uma grande dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde e o doente, mas não só. Está aberto, através da construção teórico-científica, o precedente epistemológico e o passo inicial para o gigantesco deslocamento de interesse, de visada, de objeto da biomedicina. Esse deslocamento é hoje reconhecido e vivido na sua dimensão mais drástica, a dimensão ética: trata-se do interesse que vai do sujeito doente, razão de ser histórica e existencial do terapeuta médico e da instituição médica, para a doença ("do médico"), em instalação ou já dada, e seus riscos e complicações possíveis.

Ainda que fatores e forças de outras ordens estejam implicados neste processo, é necessário entender a participação que o referencial científico da medicina cumpre no deslocamento referido, com sua busca de objetivação peculiar.

A objetivação científica das doenças, para além de um recurso teórico analítico, conceitual etc., construiu-se como uma atitude hegemônica e instaurou um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e os restabelecimentos de sujeitos doentes. De curandeiro o médico passou a se ver como cientista, e esta passagem teve conseqüências que são sentidas cotidianamente hoje. No dizer de Luz (1993, p.13-14):

> Se a medicina vai desde então [do século XIX em diante] trabalhar com a observação científica, isso significa que o seu método fundamental não será mais guiado pela questão da vida e da prática terapêutica (cura), mas da *pesquisa científica*. O fundamento e toda observação na medicina passa a ser a prática do método científico, o mesmo método que serve às disciplinas básicas: à física, à astronomia, à química, à biologia".

A tal ponto a biomedicina deslocou-se do mundo real da vida cotidiana, vivida pelos sujeitos doentes, que uma grande parte, talvez a maior parte, do relato dos doentes, hoje, é desconsiderada pelo profissional de saúde como constituinte de seu objeto de saber e prática. O médico, tipicamente, retém uma pequena parcela do discurso do doente, quando o deixa discursar; e não por má prática ou deseducação - na melhor das hipóteses: é que a intersecção da "doença do médico" com a "doença do doente" é pequena mesmo, em geral. E aquela parte do discurso do doente efetivamente usada, é sempre metamorfoseada em significados muito esotéricos e distantes dos do doente, progressivamente descolados de realidades experienciáveis por qualquer um (uma vez que produzidos cientificamente).

Todo aquele relato extra, quando pode existir, que está além e aquém dos sintomas e sinais que são úteis e identificáveis com síndromes e patologias constantes no rol das "doenças do médico", pode interessar ao profissional da biomedicina apenas muito secundariamente. Pois, a rigor, o conhecimento estabelecido (a fisiopatologia, a grade nosológica) nada tem a fazer com ele. Esse relato extra pode ser absorvido no sentido de desviar a atenção do doente, desqualificando tais sintomas como "doença" e tentando aliviar ansiedades e ou obter aderência, ou seja, garantir o cumprimento da terapêutica (a qual é para a doença ou, na maioria das vezes, para a contenção de sintomas). Ele pode, também, ser abordado com alguma estratégia de enfoque "psi"[6] - psicossomático, psicológico, etc. Mas isso só ocorre, na melhor das hipóteses, raramente: geralmente esses relatos, vivências e sintomas são mesmo ignorados e, mais freqüentemente, são simplesmente abortados[7]. Isto é: o médico contemporâneo não sabe o que fazer com a "doença do doente" ou, se quisermos, com a parte dela, via de regra significativa, que não tem intersecção com as "doenças do médico" .

Temos aí, pois, um grande nó da crise da atenção à saúde na biomedicina, fonte de desencontros inesgotáveis entre médicos e pacientes.

As doenças e os homens

Voltemos ao positivismo. Nele, os objetos da realidade, do mundo, têm existência em si. Logicamente, os objetos do conhecimento científico, dizendo respeito e sendo fiéis aos "dados" e "fatos" do mundo, têm também existência própria. Existem de "per si", assim como, coerentemente, as doenças - objetos do conhecimento da biomedicina - existem por si próprias.

Ainda que não caiba aqui uma análise aprofundada de como a biomedicina concebe e opera a noção de doença, é necessária uma breve incursão no assunto, para compreendermos como esta medicina emancipou a doença do doente, vendo-a

[6] Ainda que muito valorizado no discurso sobre o cotidiano da atenção médica, os enfoques "psi" pouco ou quase nunca são efetivamente usados e valorizados na prática clínica: seja porque o profissional não dispõe de tempo e energia (emocional), seja porque não se sente preparado, seja porque não acredita nisto, seja porque efetivamente esta área de saber é marginal e muito pouco desenvolvida na biomedicina, ficando sob tutela dos profissionais especializados (profissionais "psi"). No dizer do professor Eduardo Marcondes, tratando do ensino médico atual: "o biológico é um trator e o psicossocial é uma borboleta" (Marcondes, 1998). Quanto à psicossomática, segundo Barbosa (1996), ela continua sendo uma área anômala dentro da biomedicina.

[7] Um exemplo de um estudo de caso corroborando isso encontra-se em Camargo Jr. (1994a).

como realidade independente e existente em si, pois não se trata de tema apenas filosófico ou teórico: realiza-se diariamente nas milhares de consultas e tratamentos médicos. “Todo o trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam. Tudo o mais é secundário, inclusive o indivíduo que, incidentalmente, traz a doença” (Camargo Jr., 1992b, p.210).

Tudo começou com a tenra infância da Ciência, em torno dos séculos XVI e XVII, quando Newton e Descartes lançaram as bases de um ideário científico materialista e mecanicista, segundo o qual as leis da natureza são semelhantes às de qualquer máquina, com suas peças e seu modo de funcionamento. Assim, o corpo humano é visto como uma máquina, animada pela alma: “Suponho que o corpo não é senão uma estátua ou máquina (...). Todas as funções que atribuo a essa máquina (...) seguem-se naturalmente da pura disposição de seus órgãos, da mesma forma como ocorre (...) com os movimentos de um relógio” (Descartes *apud* Jupiassu & Marcondes, 1991).[8]

Tratava-se então de entender a natureza como matéria, e para compreendê-la bastava seu desmonte e redução a peças simples e pequenas, tornando mais fácil a análise e elucidação de suas relações. A essa concepção técnica, mecanicista e dualista somou-se o iluminismo do século XVIII e o positivismo do século XIX, com a afirmação do conhecimento racional e a exclusão da metafísica desse conhecimento. Afastada a alma, sobrou a metáfora da máquina para guiar o conhecimento do homem na medicina científica[9]. Foi estabelecido o primado da razão, com ênfase na empiria, na lógica matemática, na verificabilidade, no achado de laboratório, etc.

Conforme a ciência médica dissecou mais e mais o corpo, o homem continuou sendo reduzido “a um conjunto de órgãos, fluidos, tecidos, moléculas e, mais recentemente, de gens, conjunto objetivável pela investigação científica mas

[8] Na verdade os estudiosos localizam já na Grécia antiga traços da visão de mundo mecanicista, em alguns pensadores e filósofos como os eleatas e os por eles influenciados, cujas idéias lograram vingar. Fascinados pela mente humana em si e por um tipo de ordem perfeita que ela criara, uma ordem que encontravam não na natureza, mas na linguagem matemática e no pensamento humano, famosos pensadores como Pitágoras, Parmênides, Demócrito, Platão e Aristóteles viram a natureza não como a imperfeição aparente e confusa do observável mas como expressão de entidades com perfeição ideal e matemática, puras, estáticas e eternas, só alcançáveis pela mente. (Sahtouris, 1998; Feyerabend, 1991). Para nosso raciocínio, no momento, não é necessário retroceder tão longe.

[9] A alma, assim, refugiou-se fora da ciência ou, disfarçada de psique, na psicologia e psiquiatria. Mas, de qualquer forma, ela ficou longe do corpo - “uma distância quase infinita” (Illich, 1975, p.139).

inatingível enquanto totalidade que sofre, deseja, sente e age como unidade individual" (Luz, 1995, p.242).

Complexa é a história da constituição e operação da doença pela biomedicina, em termos de teorias, conceitos e práticas. Resgatamos alguns aspectos que se sobressaem por sua atualidade e influência geral nessa medicina. Nascida dentro do que Luz (1988) chamou de racionalidade científica moderna, a biomedicina atual vincula-se ao surgimento e consolidação da própria Ciência, que se constitui como **a** formuladora de verdades, deslocando a religião como "explicador do mundo". Como modelo de ciência despontou a física, a fornecer padrões que as demais disciplinas aspirantes à cientificidade deviam seguir. Apesar do progresso da física neste século, e de outras disciplinas mais contemporaneamente, é na física clássica (mecanicismo, causalidade linear) que está enraizado o imaginário, a teoria e a prática da biomedicina contemporânea. (Camargo Jr, 1993b; Dossey, 1998).

A dissecação do corpo, o microscópio e hoje a alta tecnologia (biologia molecular, medicina nuclear, microscopia eletrônica, engenharia genética etc.) associadas com profundas mudanças de ponto de vista[10], fundaram e cristalizaram a vinculação da doença à lesão, que pode ser olhada objetivamente e confirmada como coisa (material) existente. O dinamismo introduzido, neste fim de século XX, pelo desenvolvimento tecnológico, que permite a visualização de estruturas internas, fluxos, emanações ou absorções (radiativas, térmicas etc.) que objetivam o metabolismo, constantes fisiológicas e outros padrões do funcionamento corporal, não muda significativamente a noção fundamental de um dano estrutural material (ainda que da ordem da biologia molecular ou da genética, ou proveniente de algum germe) como origem e natureza da doença, a ser, idealmente, corrigido ou eliminado. Essa noção denota uma persistência e uma continuidade do imaginário mecânico na biomedicina até os nossos dias.

O desenvolvimento da microbiologia exacerbou essa visão levando o imaginário médico a conceber a causa da doença como sendo os microorganismos, agentes externos não só à vida mas também ao corpo do doente, materiais e

[10] O nascimento da clínica descrito por Foucault (1977), marca uma virada histórica na concepção dos médicos ocidentais que, a partir da possibilidade técnica já dada com a dissecação de cadáveres e o microscópio, vão passar a conceber a doença como realidade material objetiva e visível, ainda que sob formas cada vez menores e químico-fisisicamente mais precisas, onde o principal sentido do médico passa a ser a visão. Para o autor, esta fase constitui uma ruptura epistemológica na área.

identificáveis. A teoria do germe é o marco da construção da concepção ontológica da doença e o “verdadeiro fundamento do conhecimento da medicina do século XX” (Almeida, 1996, p.67). E aqui a doença não é um ente mórbido transcendental ou anímico: é vista como uma “coisa” material ou expressão de lesões causadas por “coisas” ou defeitos na estrutura do corpo.

Por outro lado, em que pese a naturalização das naturezas e causas das doenças, ela não rompeu com noções antigas, muito pelo contrário. O conceito de enfermidade infecciosa, por exemplo, deve sua existência justamente à concepções pré-científicas, o que talvez esteja envolvido no absoluto sucesso e aceitação da abordagem deste tipo de doença:

> A imunologia está impregnada de tais imagens primitivas de luta, originadas a partir do velho mito dos demônios da enfermidade que assaltam o homem. O demônio se transformou em agente causal, e se mantiveram a luta e a conseguinte vitória ou derrota da “causa” da enfermidade. (...) Com efeito, não existe uma só prova experimental que possa mover um observador imparcial a adotar tal concepção. (...) o demônio da enfermidade rondou por todas as partes na origem do conceito moderno de infecção e se acabou impondo aos investigadores, a despeito de todas as considerações racionais. (Fleck, 1986, p.106)

Nesse contexto simbólico, o indivíduo estabelece uma relação de estranhamento frente ao adoecimento, como algo que o “invade” e, igualmente, frente à cura: ela também é algo exterior, depende do combate ao agente etiológico instalado no organismo, e compete à medicina, um corpo técnico-racional especializado em tal combate.

Essa cura é estranha à noção de busca de uma interação harmônica com a natureza, de auto-transformação e desenvolvimento. Ela pouco tem a ver com o respeito ao organismo e a preocupação em não corrompê-lo, ou reequilibrai-lo. “O raciocínio etiológico caracteriza a doença a ser combatida como algo eliminável, estrangeiro, causando distúrbios limitados e, deve-se ressaltar, *específicos a cada doença, e não a cada doente”* (Sayd, 1998, p.93, grifo da autora). A partir de então, as propostas de tratamento individualizado de distúrbios fisiopatológicos, vistos como decorrentes do próprio dinamismo do organismo, em voga até os anos 80 do século XIX, deixaram de fazer sentido. Com a microbiologia, a idéia de uma terapêutica centrada no doente e na recuperação de sua saúde tendia a tornar-se algo superado (Almeida, 1996, cap.2).

Por fim, a biomedicina, na disseminada tendência classificatória da ciência, já

da medicina das espécies, anterior à anatomoclínica, e de posse de conhecimento cada vez mais detalhado das peças e inimigos do corpo humano, constrói sua nosologia, sua grade classificatória das doenças. Tal grade é uma obra em permanente construção, mas que só foi possível estabelecer-se graças ao terreno taxonômico antes desenvolvido, onde a anatomia patológica, a histologia e, posteriormente, a fisiopatologia, puderam se desenvolver. A grade nosológica da biomedicina, no entanto, só tomou o caráter de uma precisa (científica) classificação das doenças, vistas como entidades preexistentes, muito recentemente, adquirindo seu maior prestígio neste século – e assim mimetizando, de certo modo, a pretensão da taxonomia das espécies, que agora diz respeito às entidades doenças. Deve ficar registrado, entretanto, o fato de a biomedicina contemporânea ter se formado por uma ruptura com o pensamento classificatório, que se caracteriza pelo fim do raciocínio ordenador por analogia. O visível não é mais explicado por analogias com outros visíveis, como fazia a classificação ao definir parentescos entre as doenças, e sim pelo invisível, a ser investigado e objetivado no próprio objeto de estudo, o corpo do doente (Sayd, 1998, pp.50-52).

Segundo Illich (1975,p.147):

> Temos a tendência a esquecer a que ponto as doenças-entidades são de origem recente. Em meados do século XIX ainda era usual citar como sendo sua uma sentença atribuída a Hipócrates: “Não há peso, forma ou cálculo de que se possa formar um critério de saúde e doença. Não existe, na arte da medicina, qualquer certeza, se esta não estiver nos sentidos dos médicos”. A doença ainda era olhada pelo médico como o sofrimento experimentado por um ser. A transformação dessa imagem médica em entidade clínica representa, na medicina, acontecimento comparável à revolução copernicana na astronomia: o homem deixava de ser o centro do seu universo para ser catapultado aos confins. Foram precisos três séculos de maturação antes dessa repentina emergência da doença. A esperança de conduzir a medicina a um ponto de perfeição igual àquele a que Copérnico conduzira a astronomia remonta à época de Galileu.(...). Era possível doravante proceder a uma classificação das doenças. Do mesmo modo que se sabia classificar os minerais e os vegetais, podiam-se isolar as doenças e organizá-las em lista. No quadro lógico assim definido, a medicina descobria para si novo objetivo. A doença foi colocada no centro do sistema médico e submetida de pleno direito:)1 a verificação operacional com recurso de medidas; 2) a estudo e experimentação clínicos; 3) a avaliação conforme as normas técnicas.

Assim, a doença ganha *status* de realidade, definida pela ciência. Que ela seja caracterizada por uma invasão de um germe, uma disfunção fisiopatológica ou genética, não altera muito seu significado na prática. Sendo objetiva, a doença aparece como uma segunda realidade ao lado da primeira, o doente - o sujeito que a possibilita e a traz, mas não faz parte dela (nem ela dele). Ela está inscrita em seu

corpo, localizada nele (ou, se não, na sua mente), mas independe basicamente de sua vida e de sua constituição e história como sujeito, na sociedade, na cultura e na natureza. Tal é o imaginário vigente, comprovado na busca incessante da maior parte dos progressos da biomedicina: as causas são buscadas nas pequenas partes do corpo ou nos germes; e a terapêutica desenvolve pesquisa basicamente na descoberta de drogas específicas para a doenças que sejam de única tomada, longo efeito, etc., ou seja, mínima interferência na vida do doente.

As tentativas da chamada epidemiologia social de encontrar causas para doenças na vida social não têm alterado este imaginário. Tampouco os achados epidemiológicos nesta direção, muitos e crescentes, o têm conseguido.

A "teoria das doenças"

No entanto, é preciso ressaltar que a doença nunca é definida. Não há propriamente uma teoria ou um conceito biomédico de doença explicitamente posto. A sua realidade independente é simplesmente aceita. Todavia, segundo Camargo Jr. (1993, p.13), há um grupo pequeno de proposições que não estão escritas em lugar nenhum, que dificilmente soariam estranhas a qualquer médico ou à sua prática, que *operam* como uma "teoria das doenças": as doenças "são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas do âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta". Não sendo explicitadas, não podem ser confrontadas nem discutidas, impregnando cada palmo da atividade médica. Pouco importa se o médico nega tal "teoria" no seu discurso ou ela inexiste na literatura: ele age como se a assumisse. O saber estrutura-se com ela e forma coerente; o raciocínio clínico, o processo diagnóstico e a terapêutica funcionam nesse pressuposto. Ou seja, a "teoria" vigora.

A biomedicina trata, assim, de definir a doença operacionalmente, o que permite uma flexibilidade no seu uso tanto teórico quanto prático, passando este uso ao largo de conceitualização, eximindo-se de legitimação teórica ou crivo científico. O desenvolvimento da matemática, da estatística e da computação, através da epidemiologia, tecem uma articulação metodológica rigorosa. Mas, quanto a definir a

doença, a epidemiologia aceita-a como realidade natural e usa a definição operacional fornecida pela clínica, adaptada aos rigores do seu método. O clínico, por sua vez, aceita a naturalidade da doença e a definição operacional (também de cura e do melhor tratamento), dada pelo saber clínico acumulado (e suas disciplinas auxiliares – fisiopatologia, anatomia patológica, etc.), mas legitimado cientificamente pela rigorosa metodologia dos epidemiólogos – construindo assim um circuito tautológico de apoio e legitimação mútua operacional. "Gêmeas xipófagas, clínica e epidemiologia encontram-se ligadas por seu patrimônio comum: a coleção de doenças, construídas em conjunto pelas duas" (Camargo Jr., 1993, p.26). A primeira, a clínica, fornece a qualificação básica do que seja a doença, a definição de doença, como matéria-prima para a segunda, epidemiologia, que a usa como "dado" da realidade. A epidemiologia fornece os parâmetros e métodos que delimitarão e legitimarão as formas concretas assumidas pelos procedimentos de diagnóstico, tratamento e prevenção, que funcionam como legimitadores da cientificidade da apreensão da doença e da ação biomédica, fechando o círculo[11]. Tudo se passa aos olhos biomédicos como se a "doença do médico" ali estivesse esperando para ser estudada.

Apesar da inexistência de uma conceituação geral de doença, Camargo Jr. (1994) identifica um arcabouço genérico de construção discursiva dos elementos dessa categoria, constituído por três eixos: o explicativo, o morfológico e o semiológico, conforme quadro sintético abaixo (id.,p.39):

Eixos:	Explicativo	Morfológico	Semiológico
Disciplina-tipo	Fisiopatologia	Anatomia	Clínica
Categoria central	Causa	Lesão	Caso
Definição de doença	Processo	Expressão de lesão	*Gestalt* semiológica
Método característico	Experimental	Descritivo	Indiciário[12]/observacional

[11] Para uma maior discussão das relações conceituais entre clínica e epidemiologia ver Almeida Fº. (1992, 1994), Mendes Gonçalves (1994), Camargo Jr. (1993b).
[12] O termo refere-se à proposta de Ginzburg (1990) de um paradigma indiciário para a medicina.

Segundo Camargo Jr. (1993b), o eixo explicativo, que mais se aproxima das ciências "duras" no domínio biológico, é o historicamente mais recente e o que mais empresta legitimidade teórica ao saber biomédico. É a ele que se recorre como termo de referência legitimadora quando da avaliação dos achados de associações estatísticas nos cruzamentos das variáveis pelos modelos matemáticos empregados na epidemiologia. Em geral, descarta-se a associação encontrada, por forte que seja, na ausência de explicação possível conforme as teorias no momento aceitas pelo eixo explicativo. É nesse eixo que o positivismo mecanicista se expressa pleno, onde os modelos podem se construir ao estilo dos quebra-cabeças e enigmas de que fala Kuhn (1987, 1989a,b,c), e onde as peças do corpo podem ser mapeadas, e seu 'defeito' pode ser descoberto, na ambição de se esquadrinhar a complexa máquina do organismo humano: a teoria dos receptores é a referência praticamente isolada enquanto modo de funcionamento e auto-regulação do organismo; e a biologia molecular é a disciplina contemporânea que talvez melhor exemplifica esse eixo. Seria segundo ele que se poderia localizar as 'falhas' bioquímicas supostamente responsáveis pelos mecanismos causais das doenças; e desse 'achado' poderia se derivar o tratamento quimioterápico específico.

Avançou muito a compreensão dos processos patológicos no nível molecular. "A molécula é (...) a unidade fundamental, o desarranjo que acarreta uma série de disfunções que reconhecemos como doença clínica. Por essa razão, o modelo médico atual é chamado de teoria molecular da causação das doenças" (Dossey, 1998, p.25). Nessa perspectiva, "mais cedo ou mais tarde, todas as doenças render-se-ão a uma análise molecular, com base na qual poderemos projetar intervenções moleculares. E nessa trilha prossegue a teoria" (id.,p.26).

O eixo explicativo comporta a legitimidade máxima do modelo biomédico em termos teóricos, que não é contestado pelo fato de a distância entre as explicações e os eventos mórbidos clínicos nos doentes ser relativamente grande, em geral. Nem tampouco pelo fato do modelo daí decorrente de pesquisa medicamentosa produzir, proporcionalmente aos outros modos de 'descoberta' de quimioterápicos, poucos fármacos úteis e usados na terapêutica biomédica[13]. Esse eixo ainda supera em

[13] Podem ser resumidos em cinco os modelos de descoberta de novos medicamentos: I- as descobertas não premeditadas, os acasos ocorridos no ambiente de pesquisa onde pesquisadores capazes podem reconhecê-los como importantes e úteis (ex.: penicilina); II- *screening* em massa de substâncias buscando um objetivo pré-determinado (ex.: AZT); III- produção de cópias modificadas, através de pequenas modificações na estrutura química de substâncias já conhecidas (ex.:AAS, isoniazida, cimetidine, tiazídicos etc); IV- derivado do avanço no

cientificidade o eixo morfológico, por seu maior grau de generalização e poder de explicação.

O eixo morfológico, derivado da anatomoclínica que conseguiu primeiramente naturalizar e objetivar as doenças, tem por isso uma autoridade paradigmática importante, uma legitimidade inconteste. Na prática da biomedicina, o eixo morfológico realça-se como importantíssimo para o funcionamento do ato biomédico no seu momento diagnóstico, até suplantando o eixo explicativo, já que permite fazer o diagnóstico da "doença do médico". Com a expansão tecnológica atual dos métodos diagnósticos (principalmente por imagem) o eixo morfológico tende a continuar se hipertrofiando em importância, uma vez que a ansiedade biomédica atual acalma-se fundamentalmente com o diagnóstico[14], tendo já se acostumado com a "sumariedade" das respostas às questões sobre a explicação ou compreensão dos processos e origens envolvidos no adoecimento (que, em geral, resumem-se ao germe, à genética, à auto-imunidade, ao *stress* ou a uma mistura genérica desses). É claro que teorias divergem e disputam sempre no eixo explicativo a legitimidade pela verdade sobre "a" causa da doença, mas neste século elas em geral convergiram para a construção das doenças específicas:

> Com a identificação do micróbio, a tese da especificidade da doença saiu do terreno da abstração para o campo objetivo do agente causal. A aparente contradição, na concepção da doença, entre as teorias fisiopatológica e microbiana, expressa, por exemplo, no debate Claude Bernard *versus* Pasteur acabou superada pelo movimento maior da medicina – a constituição do **ente doença**. (Almeida, 1996, p.66)
>
> A articulação entre a teoria dos germes, a anatomopatologia (localista) e a teoria celular permitiu as construções de uma teoria etiopatogênica ontológico-localista, e de uma teoria da especificidade doença/agente, e da própria doença como portadora de uma vida antinatural, teorias de grande apelo para o pensamento médico comum (id., p.24)

Pode-se dizer que o eixo explicativo, com efeito, é herdeiro do morfológico, sendo mesmo um desenvolvimento deste, em pequena parte teórico-conceitual, e na maior parte tecnológico – no sentido do avanço da capacidade de objetivar estruturas, elementos cada vez mais pequenos do corpo, médias fisiológicas,

---

conhecimento fisiológico e fisiopatológico, que levam a busca de medicamentos que ajam naquele mecanismo (ex.: beta-bloqueadores); V- conhecida a ação da droga, utiliza-se-a em correspondência com seu mecanismo na fisiopatologia, é o inverso do 4º (ex.: corticóides e inibidores de canais de cálcio). Algumas descobertas podem ser explicadas por mais de um modelo, e em uma descoberta podem ser usados dois ou mais modelos, mas "a história da quimioterapia contemporânea não deixa nenhuma dúvida(...): a grande maioria das descobertas dos medicamentos usados pela medicina contemporânea pertence aos grupos I, II, e III. É possível que esta tendência seja revertida com o avanço científico-tecnológico, mas até o momento não existem dados factuais a indicar tais mudanças."(Almeida, 1996, cap.II, p.52).

[14] Devido à secundarização da terapêutica nessa medicina (ver, a seguir, item sobre a terapêutica biomédica)

padrões estatisticamente patológicos etc. Ou seja, não se precisa mais necropsiar cadáveres para *ver* as doenças: os recursos diagnósticos o fazem no vivo, com grande aumento no dinamismo e variedade do que pode ser visível em termos de padrões de normalidade ou doença. Nesse sentido, há uma continuidade conceitual entre esses dois eixos.

Por fim, o eixo semiológico, o mais fluido e fenomênico dos eixos, é o que tem menos legitimidade teórico-científica; é menos pesquisado, e paradoxalmente é o mais importante na prática clínica[15] (de boa ou má qualidade): é através dele que toda a busca da doença se inicia. Ele é o intermediário entre o saber biomédico e a realidade da enfermidade do doente: através do enquadramento semiológico é que o doente singular será transformado em um 'caso'; o doente torna-se um exemplo de uma determinada patologia (definida pelo eixo explicativo ou morfológico). Ou, mesmo que isso não se verifique, pelo outro extremo da impossibilidade do enquadramento diagnóstico (o que é comum), esse quadro semiológico será resumido e adaptado a algum sentido sindrômico biomédico e substituirá para os fins práticos a "doença do doente", a ser, idealmente, tratado, na ausência de uma "patologia medicamente significativa" (uma "doença do médico"). Esse último caso, flagrante exposição dos limites da biomedicina, angustia ou irrita sobremaneira o bom médico, cujos recursos legítimos de saber e preocupações estão todos voltados, em geral, para os outros dois eixos – explicativo e morfológico.

Por outro lado, haveria ainda que citar um quarto eixo constitutivo das doenças, não mencionado por Camargo (1993b, 1994), uma vez que seria, talvez devido à saída de cena do discurso da unicausalidade, insustentável sob o ponto de vista científico: o eixo etiológico. Ele representa a maior busca da biomedicina e ao mesmo tempo a mais problemática, uma vez que atualmente apenas uma pequena parcela das doenças poderia render-se a ele, com muitas dificuldades: as doenças infectoparasitárias. Apesar da unicausalidade já ter sido substituída no discurso médico contemporâneo, frente à complexidade das doenças de outros tipos, esse eixo talvez se justificasse enquanto imaginário reinante, subrepticiamente aceito pelo paradigma dominante (e sustentando-o), haja visto o impacto dessa noção nas práticas biomédicas da prevenção e tratamento, e também nas práticas de pesquisa, o que é demonstrado na persistente busca de microorganismos, eternos candidatos

[15] Cf., também, Camargo Jr. (1992b, 1993b).

a “agentes etiológicos” das mais diversas doenças. Talvez este quarto eixo, muito presente na biomedicina, seja um aspecto particularmente aguerrido do *estilo* geral *de pensamento* biomédico deste século[16].

Assim, o médico está provido de uma série de recursos conceituais implícitos, os três (ou quatro) eixos construtores das doenças, com os quais pode enfrentar os doentes que se lhe apresentam. Tais recursos de saber operam, na maioria das vezes, no sentido da maior facilidade de enquadramento dos problemas dos doentes na grade nosológica biomédica, frente ao risco e gravidade que o médico percebe na situação do doente. Sua busca, teoricamente, aceitando-se a veracidade da Ciência, deveria ser sempre na direção da maior legitimidade teórica (científica): a identificação da doença via eixo explicativo, que idealmente poderia explicar as lesões e os mecanismos semiogênicos, abarcando assim todo o quadro manifestado pelos doentes. Na freqüente impossibilidade ou dificuldade de fazê-lo, resta ao médico o eixo morfológico, que o atual desenvolvimento do diagnóstico por imagem faz crescer em importância prática e científica (nem mencionamos a importância econômica). Por fim, na falha desse recurso interpretativo, sempre lhe sobra o eixo que é o início dos caminhos anteriores, e através dele podem-se formar doenças e ou síndromes de variável poder de compreensão e ação. Através de um diagnóstico sindrômico, virtualmente qualquer doente pode ser transformado num ‘caso’, cujo significado pode variar de razoável explicação em termos de mecanismos fisiopatológicos até uma simples descrição pura de sintomas, sempre disfarçada, é claro, em linguagem técnica.

Por esse artifício, pode-se sempre transformar, para efeitos práticos (diagnósticos e terapêuticos), no limite, um sintoma em uma síndrome, e assim como que numa “doença” (através de um diagnóstico descritivo), podendo-se, então, providenciar um tratamento legítimo causal, em geral uma intervenção no mecanismo semiogênico - um sintomático. Por espúrio e perigoso que seja, e afrontoso a lógica clínica e científica, este raciocínio flexível está legitimado e instituído. É o que se faz quando se trata de febre, ou “síndromes” febris[17]. O

[16] Adiante retornaremos ao conceito de “estilo de pensamento” de Fleck (1986).

[17] Neste caso, inclusive, há fortes indícios científicos de que a febre ou a “síndrome” seja benigna e de utilidade fisiológica na maioria das vezes, mas, mesmo assim, o tratamento sintomático se impõe como necessário e legítimo, mesmo quando sua “causa” ou a “doença” de base é conhecida.

problema surge e se torna angustiante quando esse artifício falha ou é fugaz, o que não é raro: não há sintomático eficaz praticamente (o sintoma não melhora) e/ou teoricamente (por mecanismo fisiopatogênico-semiogênico desconhecido, ou por não se ter quimioterápico específico para o mecanismo em questão).

De qualquer modo, legitima-se cientificamente uma nosologia onde classificam-se as possibilidades de doenças, cuja descrição, detalhamento e explicação dos mecanismos materiais de causação (externos e internos), bem como o desenvolvimento dos respectivos arsenais terapêuticos químicos e físicos, passam a ser a tarefa primordial da ciência médica.

No exercício da profissão cabe ao médico, então, diagnosticar a doença envolvida, para então aplicar-lhe a terapêutica prescrita. Nesse ofício, não há por onde o profissional transitar a não ser referenciar-se nesta grade nosológica, estando ele pressionado a enquadrar as doenças dos doentes em algumas das patologias de seu quadro nosológico. Essa é uma tarefa muitas vezes sem êxito, talvez a maioria delas, se pensarmos em quadros para além da descrição sintomática, que cheguem a algum poder explicativo ou compreensivo do processo de ‘enfermar-se’ do doente, ou do ‘restabelecer-se’ do mesmo.

Muitas vezes, na prática, o raciocínio do médico parte de doenças mais graves, e às vezes mais raras, seguindo um procedimento de exclusão, até tentar chegar num diagnóstico. Há uma hierarquia quase “óbvia” entre eles: a preocupação maior é com o correto diagnóstico de problemas “físicos” ou orgânicos, considerando-se falha grave deixar de diagnosticá-los. O mesmo não ocorre com “outros” tipos de problemas. Partindo das “doenças dos médicos” previamente conhecidas, isso leva a uma prática de eliminação por exames apropriados de patologias graves (Capazzolo, 1997).

É claro que um diagnóstico é sempre possível. Mas o diagnóstico biomédico, referenciando-se na grade nosológica, também desfruta junto com ela, através da fluidez das possibilidades de uso dos eixos constitutivos das doenças, de uma flexibilidade virtualmente infinita. Assim, o diagnóstico comporta desde patologias precisamente constituídas e aceitas, com descrições clínicas semiológicas, morfológicas, fisiopatológicas e etiológicas precisas, com critérios diagnósticos bem estabelecidos e objetivos (que podemos chamar de diagnósticos nosológicos), até, no outro extremo, quadros sindrômicos vagos que não passam de descrições

técnicas em nada diferentes em conteúdo da descrição leiga, que podemos chamar de diagnósticos descritivos. Não há um limite claro entre o que pode ser considerado um diagnóstico nosológico e um diagnóstico descritivo, pois os eixos formadores das doenças permitem uma transição fluida entre si, conforme fatores vários do próprio saber e das circunstâncias de cada caso. Há toda uma infinidade de gradações e combinações possíveis, sem regras ou critérios a guiá-las, em relação aos aspectos envolvidos nos três ou quatro eixos. Quando dizemos que o enquadramento diagnóstico do doente é difícil, talvez a maioria das vezes não exitoso, referimo-nos a um diagnóstico que permita, ao menos, mesmo que ao fim de uma investigação ou evolução, um diagnóstico nosológico, o qual permita uma terapêutica referenciada não apenas nos últimos mecanismos de expressão semiogênica. Exemplificando, poderíamos considerar nosológicos os diagnósticos que se remetem às doenças descritas nos manuais de clínica médica correntes. Ora, é, sem dúvida, muito grande a parcela não enquadrável dos pacientes que procuram ajuda biomédica voluntariamente (talvez a maioria de seus problemas relatados).

Que este modelo de construção e legitimação da biomedicina tenha levado este referencial teórico (e sua grade nosológica), e com ele a atenção do profissional, para cada vez mais longe da maioria das alterações de sensações e funções dos doentes no cotidiano, e assim da maior parte do relato e da experiência vivida pelos enfermos, é cada vez mais evidente para muitos médicos e pacientes, mas isto não tem tido repercussão significativa no meio interno da biomedicina. A sensibilidade desse modelo teórico e seu saber atual é pequena e “grosseira”, pouco permeável às constelações dinâmicas e pouco objetiváveis de sintomas vividos pelas pessoas, mesmo estes persistindo considerável tempo, o que não é raro. Ou seja: as patologias da biomedicina, com seus critérios diagnósticos objetivantes, mesmo os sindrômicos, e sua grade nosológica, têm pouca sensibilidade em relação à infinita gama de alterações de funções e sensações, de sintomas e mesmo sinais que os doentes trazem espontaneamente. Isso sem falar nos significados e situações ‘psico-existenciais’ que estão, em geral, ali envolvidas.

Para muitas situações oligossintomáticas a biomedicina tem boa sensibilidade (quando reconhece entidades-doenças no doente), e quando isto envolve perigos vitais importantes é inegável o seu precioso valor. Por outro lado, é preciso notar que para grande parte dos sintomas e histórias relatados pelos doentes não há significação nosológica - e, provavelmente, de nenhum tipo - nessa medicina,

supondo espaço e tempo para tal relato e possibilidade de investigação complementar quando necessário. Talvez a maioria dos casos recebam diagnósticos descritivos, e tratamento quimioterápico paliativo (sintomático).

É preciso, neste momento, salientar que não se trata aqui apenas de refazer a crítica ao reducionismo biologicista envolvido na execução dos diagnósticos médicos, crítica esta nunca demais de ser lembrada, da qual participamos, e que é bem resumida por Mendes Gonçalves (1994, p.52):

> É possível identificar no sentido cognitivo que orienta a abstração que conduz ao diagnóstico pelo menos uma característica notável: a postulação da ilegitimidade das dimensões psicológica e social enquanto constitutivas do diagnóstico, sua redução à condição de "contaminantes" ou moduladoras, no melhor. O modo pelo qual se abstrai do real para construir o conceito de Doença e, por extensão, para elaborar cada diagnóstico tem, portanto, a especificidade de fazê-lo reduzindo ao biológico um fenômeno no mínimo... mais complexo.(...) tal procedimento no mínimo pode ser caracterizado como obscurecedor das demais dimensões em que essa realidade parcial - homem doente - se dá.

O que nos parágrafos anteriores buscamos levantar é que para além desta redução, já talvez inaceitável, uma outra ainda se dá, de graves conseqüências: é a redução a que estamos chamando de "processo de enquadramento diagnóstico", que muitas vezes deixa para trás parte do estrito relato sintomático dos doentes e, assim, grande parte da "doença dos doentes". Constituída a "doença do médico" no ato do atendimento, a biomedicina incorre de forma sistemática justamente no grave perigo da mudança do objeto, a que alude Tarride (1998, p.48): "Aquilo com que, finalmente, se opera (...) não é o que se tinha originalmente". Ou seja, aquilo que se trata não é o doente e sua doença, mas a "doença do médico" ali vislumbrada. Coisa que pode ter uma interseção variando de quase nula até quase total com a "doença do doente".

Como os rigores do método científico se impõem cada vez mais, fica compreensível, assim, a citada separação progressiva da "doença do médico" da "doença do paciente". Quanto mais detalhados e objetivados os parâmetros definidores e explicadores das "doenças dos médicos" progressivamente escasseiam os significados comuns que poderiam ser compartilhados com os doentes, a não ser quando o doente já absorveu a concepção materialista e mecânica da biomedicina. Progressivamente, assim, o médico fica mais preso à grade nosológica e sua lógica auto-referenciada, em termos de interpretação e ação: só pode diagnosticar "suas"

doenças e tratar delas.

Os médicos mais ciosos em sua missão de curar os doentes conclamam seus pares a ampliar seu objeto de trabalho, dizendo que a doença em cada doente seria diferente – "cada caso é um caso" - por circunstâncias sociais, históricas, psicológicas, etc. Eles reafirmam assim a dicotomia entre ambos, doença e doente, mas propõem que se abarque o sujeito portador, em sua realidade existencial, como parte do problema do médico. Ocorre que esta "volta à realidade" da existência da doença no doente e "do doente", e deste na sua vida e contexto, é pouco apreensível pelos métodos positivistas de pesquisa, de intervenção, de interpretação (significação) da biomedicina. Esses métodos são os largamente dominantes, senão os únicos legitimados, hoje. A realidade ampliada da doença com o doente e sua vida está repleta e contaminada de valores, subjetividades, desejos, medos, desencadeantes naturais e existenciais, constrangimentos, forças de vários tipos e sujeitos para os quais provavelmente o enfoque científico atual da biomedicina não é apropriado. Pois tais componentes estão fora da implícita "teoria das doenças" antes esboçada, não são manipuláveis tecnicamente, não entram nas biópsias nem nos laboratórios, nos desenhos dos estudos epidemiológicos descritivos, ecológicos, analíticos ou de intervenção. E como não são visivelmente materiais, objetiváveis e manipuláveis, dificilmente recebem atenção na biomedicina. Ficaram de fora: a medicina científica excluiu-os de si. Além disso, supondo a consideração ampliada do sujeito e sua vida pelo médico, há o problema dos recursos instituídos disponíveis: eles resumem-se à fármacos, cirurgias, comportamentos prescritos ou proscritos e por outro lado algum tipo de (psico)terapia. Simplesmente, grande parte de uma história clínica ampla, detalhada e fiel ao vivido pelo doente não encontra, via de regra, correlato interpretativo e/ou terapêutico no saber biomédico.

Nos dias atuais, assim, essa conclamação ética é inaudível para a biomedicina. Não tem repercussão significativa na comunidade científica, nem na teoria da medicina, nem na prática (dentre outros motivos, por falta de espaço conceitual, por cegueira paradigmática). No máximo, é aceita como referindo-se ao artesanato da prática, à arte médica que ficou de fora da Ciência biomédica e a ela subordinada[18]. Somente nesse âmbito, tal conclamação ética é aceita por todos,

[18] É caricatural e tristemente sugestiva a anedota: se não fossem os pacientes, a medicina (científica) funcionaria muito bem e seria ótima. Historicamente, no ocidente, a separação da arte em relação à ciência e a subordinação daquela a esta ocorreu, segundo Luz (1992,p.8), devido a uma "mudança de hierarquia na estrutura epistêmica da sociedade, em que a arte passa a ser vista como prática subordinada ao conhecimento ("ciência"), sendo a

ainda que em geral quando o médico concorda com isto, refere-se aos seus colegas, mas nunca à própria medicina científica ou a si mesmo. E, na prática, isso não tem desdobramento algum.

Por outro lado, há indícios ainda incipientes de insatisfação e discussão de conceitos básicos e modelos biomédicos internamente à biomedicina. Um exemplo contemporâneo e evidente é a obra de Oliver Sacks (1997a,b), que pode ser usada tanto como exemplo de conclamação ética ao reconhecimento dos problemas advindos dos modelos vigentes de entendimento das doenças, quanto de descrição e comprovação da insuficiência destes modelos e, neste sentido, como exemplo de busca de inovação do próprio saber e prática biomédicos.

Sacks (1997a,b), narrando casos clínicos paradoxais onde as doenças neurológicas mostram aspectos criativos do adoecimento humano, demonstra os limites dos saberes da biomedicina na sua especialidade, a neurologia. Mostra problemas médicos introduzidos pelo olhar dominado pela nosologia entificante e o explicar mecanicista e faz uma conclamação ética frente aos impasses provenientes da dicotomização entre doença e doentes, de que a sua busca de contínua aproximação da vida do doente é a prova. O autor descreve a sua perplexidade frente a doentes "neurológicos" complexos, onde a delimitação entre o "eu" (o sujeito) e a "coisa" (a doença) muitas vezes não é possível. E um lado do problema deriva do fato de que isso é um pressuposto para a eficácia do "modus operandi" do raciocínio clínico biomédico, e de sua terapêutica (por exemplo, os casos com síndrome de "Tourette"). O autor trata de uma especialidade, a neurologia, onde as "doenças" afetam e envolvem muito intensamente os sujeitos doentes, o "eu" (no dizer de Sacks) e onde a dicotomia entre diagnose e terapêutica é relativamente maior que na biomedicina em geral. No entanto, é chamativo o fato de a discussão desenvolvida pelo autor se manter dentro dos limites do racionalismo científico[19]. É nítido o privilégio para a discussão da compreensão ou explicação dos quadros mórbidos, a discussão dos modelos de entendimento, a descrição das dificuldades de enquadramento diagnóstico e fisiopatológico nos modelos vigentes, a qual avança no rumo da comprovação, recheada de exemplos práticos clínicos, das precariedades destes modelos e da explicitação da necessidade de novos. O lado terapêutico dos

---

medicina uma caso explícito dessa mutação", desde a segunda metade do século XVII.

[19] Ao menos nas discussões das obras consultadas, onde a referência a, e especialmente a discussão da prática terapêutica é relativamente muito pouca.

casos descritos por Sacks não é discutido na mesma profundidade como o lado teórico dos mesmos, sendo que, em boa parte das vezes, nem é abordado. Tudo se passa como se a terapêutica fosse totalmente dependente da fisiopatologia, viesse automática e naturalmente da teoria ou dos modelos explicativos (um *bias* racionalista). Ora, mesmo na biomedicina já foi demonstrado que isto não é verdade (Almeida, 1996).

Outro exemplo de insatisfação e de tentativa de desenvolvimento de novos modelos biomédicos vem de Dossey (1998). Inspirado nos avanços das pesquisas científicas sobre a influência da consciência humana nos "fatos", provenientes da física contemporânea e de pesquisas biomédicas como o *biofeedback* , questionando os conceitos de tempo e espaço lineares herdados da física clássica, o autor reflete sobre possibilidades de novos enfoques perceptivos e terapêuticos dos adoecimentos, muito díspares do imaginário corrente, e que levam em conta a consciência dos doentes.

À parte, todavia, as conclamações éticas e discussões conceituais e clínicas, restritas a muito poucos biomédicos e cientistas, de efeito sociológico interno à biomedicina ainda incipiente, o saber e fazer médicos transitam cotidianamente por universos bem menos aprofundados nessas questões. Com as concepções gerais anteriormente mencionadas derivadas da implícita "teoria das doenças", é comum o médico, em geral pouco sensível à exortações éticas vagas, concluindo pela inexistência de uma doença e não convencendo o doente do "fato", considerar a possibilidade de uma outra doença - freqüentemente mental - ou, chegando a um extremo comum hoje, negar-se a tratar do suposto doente, desqualificando-o como tal; caso não tenha optado antes por resolver o problema através de um sintomático químico (para os sintomas físicos ou mentais – aí entram os antiinflamatórios, analgésicos, ansiolíticos e similares).

Por outro lado, mas coerentemente com as mesmas premissas, é freqüente que o profissional de saúde, ao interagir com o doente e frente a uma série de sintomas, queixas e sensações pouco explicáveis pela nosologia médica submeta-os a testes objetivos - os famosos exames complementares. Está, desse modo e pela via do saber, preparada a área para o desenvolvimento interminável das técnicas de diagnose, que vêm oferecer ao profissional um arsenal tecnológico objetivante que se interpõe entre este e o doente. Isto facilita sobremaneira a difícil e por vezes angustiante extração da "doença do médico" da "doença do doente" e do seu corpo

(o que muitas vezes dispensa a versão do doente), tornando compreensível e evidenciando a grande ênfase do trabalho médico atual de atenção aos doentes: a ênfase no diagnóstico. (Luz, 1996; Almeida, 1996)

A terapêutica biomédica

Diagnosticada a doença, o manual médico fornecerá a terapêutica correta para o caso, ou melhor para a doença devidamente padronizada, "estandardizada". Assim, a terapêutica ficou em segundo plano, transformou-se em um procedimento técnico simples. Na melhor das hipóteses (e muito excepcionalmente), transformou-se na viabilização prática da submissão de cada caso ao procedimento tecnicamente determinado pela ciência para a "doença do médico" em questão, quando esta viabilização é tida como parte do problema do profissional da biomedicina.

A ação em saúde é vista, assim, como, inicialmente, o diagnóstico de doenças específicas (no indivíduo ou em populações), levado a cabo por profissionais especializados. Nesse processo está centrada a maior parte das instituições de saúde e do trabalho profissional cotidiano (particularmente médico) de atenção à saúde. Depois do diagnóstico, a doenças são tratadas via intervenção material tecnicamente controlada, ou seja, idealmente, dentro de preceitos médico-profissionais e científicos.

O tratamento se dá preferencialmente por quimioterapia ou cirurgia, em geral, ou via quimioprofilaxia e noções de higiene corporal, comportamental etc., inspiradas na teoria microbiana; tudo contemporaneamente refinado pelo instrumental estatístico epidemiológico.

No que diz respeito à quimioterapia, sem dúvida a grande maior parte da terapêutica contemporânea, o medicamento passa a ter ação direta contra o microorganismo ou no mecanismo fisiopatogênico (ou semiogênico), "e não se dirige mais ao organismo humano, como em todo o percurso da história da terapêutica" (Almeida, 1996, p.73). É preciso reconhecer que "o medicamento específico sempre foi um objetivo perseguido na história da terapêutica. A novidade da revolução microbiológica residiu na articulação da especificidade da doença com a terapêutica específica" (id.,p.70).

A ação do remédio, agora, é explicada pelo modelo do sítio receptor e

baseado na interação química via contato físico. Esta concepção, a primeira que leva em conta a relação entre a ação de medicamento e sua estrutura química, e a teoria dos receptores traduzem os fundamentos teóricos da quimioterapia até os dias de hoje; algumas mudanças ocorreram no entendimento dos quimioreceptores, mas a teoria permaneceu a mesma; e a adesão a ela, total[20].

Nas palavras de Dossey (1998, p.26): "os desarranjos moleculares sugerem-nos estratégias para intervenção molecular: molécula atirada contra molécula numa tentativa de corrigir o problema fundamental". Com isso, cessam as especulações sobre as caraterísticas da reação orgânica ao medicamento e sobre os aspectos da reação individual à droga. A teoria dos receptores passa a reinar sem questionamentos, estendida a toda a quimioterapia e mesmo aos mecanismos fisiológicos[21]. Ela permite a imagem hoje arraigada no imaginário profissional e científico da biomedicina da especificidade fármaco-doença: fármaco-causa no caso das doenças infecciosas, fármaco-mecanismo fisipatogênico em todas a demais, ou fármaco-mecanismo semiogênico em todo o universo dos não enquadráveis.

Almeida (1996) no seu estudo sobre a terapêutica na biomedicina, analisando o dualismo racionalismo-empirismo na medicina ocidental, comenta que ela oscilou ao longo de sua história, permeada por muitos debates, entre esses dois pólos. Para os médicos empíricos, não havia sentido em conceber a terapêutica com o fim de combater a doença ou atacar a causa próxima. Diziam ser o objetivo e fim da terapêutica o de salvar o doente. Ou seja, a estratégia da terapêutica tinha como referência a vida do doente e não a entidade doença, que ganhou *vida* graças ao pensamento racionalista. A doutrina empírica destinava à terapêutica um lugar de destaque na prática médica. A teoria era concebida como um guia para a terapêutica.

---

[20] No entanto, há fenômenos e evidências que desafiam a teoria que continuam "devidamente" esquecidos. É o caso: a) da não-relação, para várias drogas, entre níveis sangüíneos e concentração celular, nem mesmo quando há aumento do efeito pelo incremento da dose - a curva dose/efeito pode ser linear, côncava, convexa, sigmóidea etc.; b) dos fenômenos de tolerância e dependência; c) de substâncias medicamentosas com ação farmacológica onde não se aplica a teoria dos receptores (anestésicos gerais, metais coloidais, agentes quelantes etc.); c) da chamada ação bifásica do medicamento ou lei de Arndt-Schulz, amplamente confirmada por centenas de pesquisas, inclusive em relação aos antibióticos - ao dar-se conta da conseqüência desta lei para a teoria dos receptores, a farmacologia logo colocou-a de lado e negou o fenômeno ou considerou-o equivocado, para defender seu modelo (Almeida, 1996, pp.106-108).

[21] "Do final da década de vinte em diante, o mecanismo explicativo da ação do medicamentos, da reação antígeno-anticorpo e da ação enzimática seguiu a mesma teoria - a teoria da cadeia lateral ou dos quimioreceptores, de acordo com a imagem de chave-fechadura ou mão-luva" (Almeida, 1996,p.73).

No pólo oposto, a convicção de que a terapêutica se sustenta na patologia traduz a essência do racionalismo médico. Aqui o médico é obrigado a conhecer previamente o estado patológico do doente, além de submeter a sua terapêutica às mesmas construções da diagnose. Para os racionalistas, identificar a doença (e, hoje, seus mecanismos fisiopatogênicos) e intervir sobre ela com medicamentos com mecanismos de ação conhecidos que sejam adequados ao saber médico fisiopatológico - o que é feito hoje pelas disciplinas científicas auxiliares da medicina e pela tecnologia avançada de investigação material do interior do organismo - passam a ser pré-requisitos essenciais, "um verdadeiro código de identidade e de sanção para uso clínico" (id.,p.53).

Do estudo de Almeida nota-se que há um flagrante, grande e perigoso desequilíbrio na medicina ocidental contemporânea entre esses pólos conflitantes, racionalismo e empirismo, sendo ela muito predominantemente racionalista. "A medicina "científica", na prática clínica, é completamente dependente da sua construção"(ibid., p.159). "Nota-se nela a tendência na afirmação do primado da teoria, da concepção *a priori* e da referência aos mecanismos de ação, para se sancionar ou descartar o uso de determinado medicamento, mesmo diante das evidências dos resultados (empirismo)"(ibid., p.58)[22]. A introdução de um medicamento passa a prescindir dos parâmetros clínicos tradicionais. O mecanismo de ação, os testes toxicológicos e os ensaios clínicos controlados (*controled clinical trials)* passam a ser determinantes (ibid., p.52). A terapêutica, essencialmente ligada ao lado empírico da medicina, foi relegada a segundo plano:

> Apesar de a medicina ocidental contemporânea ter nascido sob o domínio do pensamento empírico, evoluiu, por influencia do modelo mecânico causal das ciências auxiliares, para um modelo de doutrina racionalista. Aqui, as teorias médicas, a lógica racional, segundo as ciências auxiliares, tornaram-se dominantes, deslocando a terapêutica e, consequentemente, os resultados práticos, para a periferia do processo de avaliação da medicina. A medicina ciência buscou validar-se por meio de suas teorias e das construções causais das doenças. A terapêutica não só deixou de ser instrumento de avaliação, como tornou-se completamente secundária no âmbito do saber médico. (id., p.165). A terapêutica foi assumida quase que exclusivamente pela indústria farmacêutica – produtora de pesquisa, do medicamento e de informação (saber e marketing). O médico tornou-se um mero receptor de informações oriundas da indústria farmacêutica. Não houve nesse fato, ao contrário do que muitos pensam, uma usurpação de um direito do médico. Houve uma concordância e, mesmo, uma delegação; o médico delegou a produção do saber terapêutico à indústria farmacêutica (ibid., p.8).

[22] Segundo o autor, "a história da terapêutica médica está repleta de verdadeiras tragédias médicas conseqüentes à afirmação de determinada teoria, a despeito dos dados de realidade e dos resultados terapêuticos" (Almeida, 1996, p.37).

O hiato entre a diagnose e a terapêutica tem sido um marco na história da biomedicina. O progresso e as transformações ou mesmo rupturas nas ciências auxiliares, geradoras de teorias causais e desenvolvimentos no diagnóstico, não conseguem produzir na mesma escala indicações terapêuticas, nem repercutem *pari passu* nas concepções e práticas terapêuticas biomédicas. Das teorias causais até a terapêutica, existe um amplo espaço de transição e intermediação, que, com freqüência, transformou-se em "verdadeiro buraco negro do dogmatismo das teorias a sugar a vida de milhares de indivíduos" (ibid.,p.22).

Além disso, Almeida(1996) analisando o problema da individualização-generalização na medicina científica, constata que esta aderiu à perspectiva generalizante própria da Ciência e aplica o modelo mecânico de causa-efeito. A terapêutica causal é o ideal terapêutico do pensamento racionalista (mecânico-causal). Ela é uma extensão e generalização do modelo da terapêutica antimicrobiana para o universo da quimioterapia, e permite a generalização através do modelo dos quimioreceptores.

Para lidar com o indivíduo (doente) a partir do referencial da generalização/abstração da entidade doença, torna-se imprescindível a intermediação da estatística. Tanto o enquadre do indivíduo, quanto a própria construção de nosologias, são produtos de natureza estatística. "Ciência não lida com indivíduos, ela lida com - e seus métodos são apenas adequados para - generalidades. (...) Os fundamentos científicos da medicina não reconhecem nem proporcionam uma metodologia para lidar com (...) variações individuais" (Cassel *apud* Almeida, 1996, p.158). A identificação da "causa" (mecanismo fisiopatogênico) da doença e a terapêutica causal são tidas como expressões da ciência na medicina. E apesar das fragilidades desse discurso, ele impera no imaginário profissional da atenção à saúde ainda sem questionamento sério.

Desta forma, a ciência das doenças sobrepuja a arte de curar. A ciência e a técnica para a cura de doenças passam a dizer respeito à "doença do médico". A vida, o adoecimento, a recuperação dos doentes e sua participação como sujeitos desse processo ficam oficial e praticamente fora do âmbito da biomedicina. O corpo não será mais visto pela medicina como integralidade individual viva, nem a vida individual de sujeitos doentes interessará mais à ciência médica moderna. Os médicos tenderão a tornar-se *homens de ciência*, e não mais artesãos da cura. A arte de curar indivíduos tenderá a fazer parte do passado da medicina (Luz, 1996).

Luz (1996) sintetiza, numa perspectiva histórica e epistemológica, essa continuidade da biomedicina na modernidade já a partir do início do nascimento da Ciência (id.,p.16):

> Pode-se dizer que desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser produzir conhecimento sobre as doenças. Coerentemente, a arte de curar doentes teve um estatuto menor com o passar dos séculos e com o aumento de informação (e de técnicas de obtenção de informação) sobre a doença. Neste contexto, [...] a diagnose teve hegemonia sobre a terapêutica; mesmo a terapêutica foi sendo mais orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes.

Causa, consciência, doença e cegueiras

Para o positivismo, o mundo e a realidade operam de acordo com relações e leis universais, que na medicina resumem-se a leis causais. Há causas dentre os eventos entre si, uns são causas de outros. Na biomedicina, basicamente a unicausalidade[23] (ainda que disfarçada de multicausalidade) é a mola mestra que norteia a investigação em saúde e a terapêutica médica: há uma causa a ser descoberta para as doenças. O microorganismo é a causa da infecção. Claro está que o discurso da biomedicina busca sair deste simplismo grosseiro, mas mais claro ainda é que o imaginário médico, a pesquisa e a prática profissional em saúde operam assim mesmo – veja-se como exemplo o que há de contemporâneo: o vírus é **a** causa da AIDS. A biomedicina, em velocidade *record,* transformou um grave e misterioso quadro polimórfico, inicialmente apenas enquadrado como uma síndrome de imunodeficiência adquirida, numa doença infecciosa precisamente descrita, estável[24], de diagnóstico altamente objetivado e de difícil tratamento quimioterápico (numa notável redução do fenômeno AIDS aos termos biomédicos, que construiu uma nova doença infecciosa). Paradoxalmente, porém, a letalidade da AIDS, a sua repercussão sócio-cultural e moral envolvendo grupos marginalizados, comportamentos sexuais, estigmatização social, etc., enfim, fatores estranhos à racionalidade biomédica propriamente dita, constrangem cada vez mais as

[23] Para uma discussão sobre o conceito de causa, de uni e multicausalidade, desenvolvido na biomedicina pela epidemiologia, ver Almeida Fº. (1994), onde nos baseamos.
[24] Para uma história da construção da doença AIDS ver Camargo Jr. (1994).

instituições biomédicas a adotarem formas ampliadas de tratamento além da quimioterapia específica. Formas mais humanizadas, menos discriminatórias, envolvendo aspectos psico-sociais e reabilitadores são reinvindicadas e, muito aos poucos, introduzidas nos serviços. O que queremos ressaltar aqui é a externalidade destes fatores ao saber biomédico, para o qual o fundamental se resume a combater **a** causa, o vírus. A pesquisa e o tratamento persistem centrados no combate ao vírus, quase que exclusivamente. Assim, permanece a externalidade da pressão social por melhoria do enfoque terapêutico, ficando por parte das Organizações Não Governamentais, científicas ou não, a maior parte das iniciativas terapêuticas extra-quimioterapia e das ações preventivas - que por submissão incontornável ao saber instituído também centram-se na lógica infecciosa, restringindo-se, na área profilática, à busca do bloqueio da transmissão viral (o que se fosse conseguido, na lógica biomédica, seria uma grande vitória).

Além disso, convém notar que não é por coincidência ou puro hábito que os germes não passaram a ser chamados de desencadeantes ou co-fatores ou agravantes ou qualquer outra expressão que os desbancasse da condição de "causa". E que o tratamento restringe-se aos germes quando eles podem ser envolvidos: é nesta condição mesma que a biomedicina os pensa. Quem ousar diferir, quase que não poderá se reconhecer e ser reconhecido legitimamente como médico dessa medicina.

Apesar de a medicina moderna assumir a multicausalidade, o pensamento clínico que investiga a profundidade do corpo está a procura da lesão e seu mecanismo físico-químico, à semelhança do modelo de causa próxima, e a generalização se dá pelo próprio mecanismo causal. No entanto, é preciso lembrar que a terapêutica causal, na maioria das vezes, não trata a causa, mesmo sob o ponto de vista do mecanicismo. Geralmente se confunde causa com mecanismo fisipatológico, e se atua sobre o mecanismo e não sobre a causa (Almeida, 1996).

Pelo positivismo ainda, conhecimento é uma relação estabelecida entre o sujeito e o objeto, logo, não problemático e definido. Isso vem como corolário das suposições de independência entre mundo e os sujeitos, e da existência própria dos objetos do mundo e da consciência como coisas. A realidade vista dessa maneira, e mais, a atitude dela decorrente frente ao mundo é chamada por Husserl (1980) de *atitude natural,* comum às pessoas no cotidiano e ao cientista "positivo". Aí, o homem está no mundo como em um algo que o contém, ou como uma coisa dentre outras

coisas. A consciência é pensada como algo fechado em sua interioridade; sua tarefa primeira consiste em assegurar-se de que percebe o mundo mesmo (as coisas existentes lá fora devem ser como as minhas idéias as representam). Trata-se de uma ontologia naturalista disseminada, estendida ao homem e à sua consciência, frontalmente questionada pelos fenomenologistas. Para estes, tal atitude necessita ser cancelada pois impede a obtenção de conhecimento rigoroso, já que está presa em posições metafísicas implícitas que obscurecem as intencionalidades intrínsecas dos movimentos da consciência e de seu conhecer, as quais são constituidoras dos sentidos do mundo[25].

Admitindo, assim, apenas uma ontologia naturalista, concebe-se que só há um modo de ser: o da coisa física. "Pensar algo como existente é pensá-lo como tendo o mesmo modo de existência da coisa física" (Arana, 1987, p.42). Sendo assim, a consciência também teria o mesmo tipo de existência da coisa física. É o que se chama a reificação da consciência e, na biomedicina, o que se pode chamar de reificação da doença, aplicando o mesmo raciocínio.

Segundo Minayo (1993, p.30), no positivismo "a realidade consiste em estruturas e instituições identificáveis enquanto dados brutos, crenças e valores. O que é real são os dados brutos considerados objetivos. Valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas através dos dados brutos". Nessa lógica a realidade suposta da doença só se manifesta através dos "dados objetivos" sistematicamente obtidos, seja das pesquisas científicas, seja de cada doente. Das primeiras se obteria a real definição, classificação e mecanismos de ação das doenças, com respectivos corretivos mecânicos - no que consiste o saber médico diagnóstico e terapêutico. De cada doente só se teria que resolver o enigma de descobrir qual a entidade doença que nele se apresenta, e eliminá-la.

Não é de se estranhar, portanto, que os problemas, dissensos e dificuldades da interação do profissional com o doente, suas queixas, *seus* sintomas e suas expectativas possam não ser interpretados como problemas-objeto da biomedicina. São remetidos à esfera das crenças, valores ou outros universos convenientemente fora do ambiente das verdades objetivas sobre a doença.

---

[25] Desenvolvi melhor esta discussão em outro trabalho (Tesser, 1997), baseado em autores que discutem a fenomenologia ou a aplicam (Arana, 1987; Husserl, 1980; Lyotard. 1967; Berger & Luckmann, 1996; Schutz, 1979).

.

Dessa forma, torna-se possível que os profissionais da biomedicina não se interroguem, nem ao seu saber, frente ao fato tão comum de não conseguirem fazer diagnósticos nosológicos e fazerem tantos que se aproximam de diagnósticos puramente descritivos. Isso sempre supondo disponibilidade de recursos para a tão valorizada investigação complementar, o que permitiria, idealmente, uma classificação e "verificação" objetivas da doença. Proliferam os pacientes não enquadráveis, e se a eles se somam os muitos para os quais a sedação química de sintomas é eficaz - resolvendo assim aparentemente, e momentaneamente, a angústia de médico e paciente -, constitui-se um grande universo anômico, provavelmente a maior parte dos pacientes de qualquer médico ou serviço de saúde aberto à demanda dos indivíduos por atenção à saúde.

Castiel (1994), buscando conceitos que transcendessem o dualismo corpo-psique presente no saber biomédico, mas ainda preso a esse binômio, propõe o termo *psicossoma* e dialoga com a psicossomática buscando compreender a demanda que se avoluma nos serviços de atenção à saúde, inflando as filas dos especialistas e dos exames complementares. Segundo o autor (id.,p.86):

> O pensamento médico está impregnado com o *modelo curativo*. Como o conceito de *cura* está vinculado a alguma normatividade, no caso, é a *objetividade científica* que determina os critérios para alcançar-se a *cura científica*. Assim, lança-se mão de intervenções que já tiveram um importante grau de eficácia, mas, agora, além de provocar consideráveis efeitos iatrogênicos, não se mostram tão eficazes para lidar com a complexidade dos problemas de saúde contemporâneos – ainda mal detectados. Nesse quadro, certamente, pode-se pensar em verdadeiras *epidemias psicossomáticas*, cujos primeiros sinais de ocorrência poderiam estar indicadas na crescente demanda de pacientes aos serviços de saúde, sem obter resolução para suas aflições, mas que ficam escamoteadas pela flagrante crise do setor.

Contabiliza-se como sendo cerca de um terço os casos que não se enquadram em nenhum quadro nosológico e estima-se que cerca de 30 a 50% da demanda do clínico geral no atendimento primário tem sintomas puramente psíquicos ou psicógenos, o que aumenta se levarmos em conta sua implicação em várias doenças, alcançando, segundo alguns estudos, 60 a 70%. No entanto, cerca de 80% das consultas em unidades básicas de saúde resultam numa prescrição medicamentosa (Capazzolo, 1997, p.32).

Quando não se intervém pela quimioterapia, em geral, então, o médico pressupõe que a doença seja de ordem psíquica ou os sintomas sejam de origem psicógena, justificando-se, assim, o comum encaminhamento para a área "psi" (ou

alguma intervenção “psi”). E está, assim, “convenientemente”, resolvido o problema (ou seja, o médico exime-se da angústia de questionar o seu saber, a sua prática e a própria biomedicina; e, é claro, do trabalho de buscar “melhoras” ao menos no âmbito de sua ação: quem perde, em geral, é o doente).

É clara a tendência de, quase por eliminação das entidades doenças, e pela dicotomia psique-soma instituída no saber biomédico, atribuir os problemas e sintomas dos doentes à esfera psíquica, ou psicógena – o que transferiria o problema para outra área de saber e práticas (área “psi”) ou demandaria uma ampliação das práticas biomédicas, uma clínica ampliada.

Reafirmamos aqui a necessidade e o desafio da superação e integração dessas duas dimensões do ser humano, para as quais há reconhecimento moderno, dentro do espectro das Ciências, ainda que em esferas de estatuto teórico-epistemológico muito díspares como a biomedicina e a psicologia e suas correntes (incluída aí, para efeito de simplificação a psicanálise e a psicossomática). Participamos integralmente do diagnóstico da necessidade e do projeto de construção de uma clínica biomédica ampliada. Inclusive indicamos estratégias que tocam este problema no capítulo 4.

Porém, não compartilhamos da perspectiva, por vezes tida como salvadora, de que a superação da dicotomia psique-soma, ou alguma tentativa de abordagem integrativa nesta direção, seja a solução (suficiente) da crise da atenção à saúde, no âmbito do saber e prática biomédicos. A nosso ver, há aí um resquício de apego paradigmático, que, buscando remediar a redução biologicista constitutiva das doenças da biomedicina vê a saída na agregação do referencial “psi” à biomedicina. E com essa agregação se entenderia e resolveria, então, a citada *epidemia psicossomática*. Novamente, ressaltamos que é extremamente necessária a busca de superação psique-soma, ou da incorporação dos assim chamados “aspectos subjetivos” à atenção médica, porém não há que se acreditar que estaria assim resolvido o problema. O recurso ao saber “psi”, contemporaneamente, carrega em si uma carga de resistência ao reconhecimento de que talvez outras ordens de fatores, outras instâncias de relações, envolvendo o ser humano na sua totalidade, sua cultura, seu entorno social e ambiental (para ficarmos nas categorias trabalháveis num âmbito científico), estão inextricavelmente imbricadas e são constitutivas do “adoecimento” dos sujeitos; adoecimento este cuja interpretação não se esgota, portanto, nos significados possíveis abarcados pelo saber biomédico e psicológico.

Ou seja, consideramos que os paradigmas que norteiam a razão científica na modernidade na questão da saúde estão em crise subterrânea, cuja superação passa a ser então mais do que a agregação de campos disciplinares.

A partir das considerações precedentes, também fica compreensível a impossibilidade (teórica, sob a perspectiva do saber) de um acompanhamento terapêutico, um tratamento ao longo do tempo, para o doente na biomedicina. Ela só pode tratar a longo prazo, longitudinalmente, de uma doença. Fragmentada que está pela pulverização nas especialidades médicas, é comum que o mesmo doente trate de mais de uma doença crônica ou mesmo aguda, com dois ou mais médicos especialistas, como se fossem dois ou mais doentes. A perspectiva de um tratamento específico para o sujeito doente ficou de fora do horizonte médico científico. Este pode, apenas, oferecer tratamentos específicos para doenças.

Mesmo a investigação diagnóstica está pulverizada pelas especialidades: já está aceita como normal a "via sacra" do doente pelas especialidades da biomedicina, uma vez que cada especialista investiga a sua parte, a região do corpo que poderia comportar as doenças que ele conhece, pode e se sente responsabilizado em diagnosticar e tratar. Birolini (1998), ao comentar as implicações da crescente tendência para o surgimento de "especialidades", sintetiza o racionalismo auto-referente da biomedicina no agir médico especializado:

> (...) emerge a filosofia de "excluir um diagnóstico" em contraposição à atitude convencional de "fazer um diagnóstico" (e estabelecer uma terapêutica). Explico-me. Ao atender um doente, o especialista tem a preocupação de verificar se a queixa efetivamente se enquadra em alguma doença de sua especialidade. Ao mesmo tempo, entende ser absolutamente inaceitável que lhe escape o diagnóstico de alguma afecção de sua área de atuação, mesmo sem correlação com as queixas do doente. Assim, sente-se obrigado a recorrer a uma série de exames. Se ao fim de longa investigação exclui qualquer anormalidade dentro de sua especialidade, involuntariamente induz o interessado a procurar outro especialista para recomeçar o processo que se perpetua *ad infinitum*.

Fica, portanto, inteligível como os médicos permanecem impassíveis ao fato de que com tal peregrinação os doentes venham a não ser tratados por ninguém.

Esse modelo de entendimento restrito às partes, no caso, os sistemas orgânicos ou órgãos do corpo, em cuja intimidade físico-química a biomedicina procura causas materiais, mecanismos fisiopatogênicos e sinais objetivos para identificar as "doenças dos médicos", e que não tem permitido uma síntese que

vislumbre algo da unidade do adoecimento individual do sujeito e mesmo do seu organismo, torna ainda compreensível a ausência de questionamento a respeito das possíveis conseqüências danosas desses tratamentos idealmente localizados (e mesmo intervenções diagnósticas) a curto e longo prazo na vida e saúde do doente, e em outras partes do corpo.

Quando os pacientes podem relatar, e para o mesmo médico, o que é raro, que a partir do tratamento de tal ou qual doença vêm piorando de outro problema – aparentemente não relacionado ao anterior ou ao seu tratamento pelo saber biomédico -, ou quando os doentes fazem sucessões de doenças (tipicamente: infecções que voltam ou transitam para outras regiões, às vezes mais nobres, disfunções internas ou sintomas, que transitam de órgão para órgão ou por regiões do corpo[26]), situações estas comuns, o profissional satisfaz-se com a versão de sua biomedicina de que uma coisa nada tem a ver com a outra já que, para todos os efeitos práticos e teóricos, os problemas nestas partes não apresentariam relações fisiológicas ou fisiopatológicas que explicassem um mecanismo causal entre elas, quanto mais entre os tratamentos e as mesmas[27], ainda que a sucessão temporal dos eventos no mesmo sujeito esteja ali confirmada e que isso se repita em muitos doentes. Porém, em geral, tal história não é contada, pois ao "médico de uma doença", acaba interessando apenas a história pregressa patológica do indivíduo daquela doença e dos antecedentes relativos àquele tipo de problema, em geral restrito ao sistema orgânico em questão.

A possível iatrogenia dessa medicina para a saúde do sujeito, como um todo e mesmo para suas partes, ao longo do tempo, fica, assim, praticamente "inavaliável". Esta "iatrogenia longitudinal" (à falta de termo melhor) sentida muitas vezes pelos próprios doentes, mas outras vezes ignorada por todos, possivelmente, hoje, toma dimensões macro-sociais e macro-culturais; e sua percepção ou suspeita está envolvida, certamente, na crescente fuga de parcelas cada vez maiores das populações dos tratamentos biomédicos. No entanto, ela (a iatrogenia longitudinal) continua não reconhecida pela biomedicina, nem há indícios de sua detecção pela comunidade científica e médica.

---

[26] Por exemplo, dores e disfunções digestivas ou gástricas, incluindo gastrites; disfunções hepáticas ou biliares (às vezes com cálculos); artropatias, artralgias e reumatismos; cefaléias, tonturas e vertigens; hipertensão; algias diversas, parestesias, etc.

[27] Excetuando-se, é claro, as já conhecidas toxicidades das drogas, os "efeitos adversos" e os "efeitos colaterias", tão comuns e que não inibem, em geral, os médicos de usá-las quase indiscriminadamente.

O estilo de pensamento biomédico e a crise

Para compreendermos tal cegueira persistente, um olhar sucinto para os fundamentos epistemológicos da ciência, sob a perspectiva proposta por Fleck (1986)[28], é demasiado útil.

O estudo de Fleck nos revela uma penetrante análise da construção dos fatos científicos da biomedicina, onde o autor propõe uma vinculação direta da construção e do reconhecimento de "fatos" pela ciência ao que chamou de estilo de pensamento, que está vinculado estreitamente a outro conceito central na sua obra, o coletivo de pensamento.

Para Fleck, é impossível separar a construção e o desenvolvimento dos fatos científicos da sócio-história cultural e dos interesses da sociedade (ou de parcelas poderosas dela) de cada época.

> Qualquer teoria do conhecimento que não tenha, como princípio geral e concreto, esta condicionalidade sociológica de todo o conhecimento é uma trivialidade. Mas que considere a condicionalidade social como um "mal necessário", ou a tome como uma insuficiência humana desgraçadamente existente a que se deve combater, desconhece que, sem a condicionalidade social, não é possível nenhum conhecer em absoluto, já que a palavra "conhecer" só tem sentido em relação com um coletivo de pensamento (Fleck, 1986, p.90).

A partir de algumas concepções dominantes e disseminadas na sociedade, e de "proto-idéias"[29] imersas nessas concepções, em confluência com interesses que financiam e influenciam as pesquisas, conforma-se um processo coletivo de desenvolvimento dos fatos em certas direções, e não em outras (também possíveis). Esse processo é pautado por um estilo de pensamento compartilhado pelo coletivo de pensamento dos investigadores. Nas palavras de Fleck: "a tradição, a formação e

---

[28] Em 1935, um ano após Popper publicar a "Lógica da investigação científica", Ludwik Fleck (1986), um imunologista que trabalhou em laboratórios de várias instituições científicas, publicou "La génesis y el desarrollo de un hecho científico". Pioneira e extemporânea, não teve praticamente repercussão alguma (não saiu da Alemanha durante o período do Nazismo). Questionando o conceito de "fato", a obra de Fleck é comparada por Schäfer & Schnelle (1986) ao "Discurso do método" de Descartes. Em 1961, quando Fleck morria, publicava-se em espanhol a obra de Thomas Kuhn (1987), que provaria a atualidade das idéias de Fleck. A tradução do espanhol nas citações é nossa.

[29] "Ao contemplar os desenvolvimento de muitos fatos científicos solidamente estabelecidos, vemos que se encontram unidos, por inegáveis vínculos, a proto-idéias ou pré-idéias científicas e mais ou menos brumosas, sem que, pelo que respeita ao seu conteúdo, este vínculo possa ser comprovado." (Fleck,1986,p.70) "As proto-idéias devem ser vistas como esboços histórico-evolutivos das teorias atuais e seu surgimento tem que ser compreendido sócio-cognitivamente. A pretensão de que na história surgem muitas idéias mais ou menos obscuras, das quais a ciência adota as "corretas" e descarta as "incorretas", é insustentável" (id., p.72).

o costume dão origem a uma disposição a perceber e atuar conforme um estilo, quer dizer, de uma forma dirigida e restringida; até que a resposta esteja pré-formada em grande parte na pergunta e se tem que decidir somente entre um sim e um não ou um constatar numérico" (ibid., p.131). O estilo de pensamento "é uma coerção determinada de pensamento e a totalidade da preparação e disponibilidade intelectual orientada a ver e atuar de uma forma e não de outra. A dependência de qualquer fato científico do estilo de pensamento é evidente" (ibid.,p.111). "Podemos definir o estilo de pensamento como um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectiva e objetiva do percebido.(...) Coage os indivíduos e determina "o que não pode pensar-se de outra forma". Épocas completas são regidas por esta coação de pensamento" (ibid.,p.145).

Nesse desenvolvimento dos fatos, há um intercâmbio e uma constante troca de posição entre o que Fleck chamou de conexões ativas e conexões passivas do conhecimento. "As pressuposições respondem pela conexões ativas e formam a parte do saber que pertence ao coletivo [de pensamento]. Os resultados obrigatórios [obtidos] equivalem às conexões passivas e formam o que se percebe como realidade objetiva"(ibid.,p.87). Mas o "lugar dos fatos varia, o que antes pertencia aos elementos passivos de um saber pode depois passar aos ativos. (...) É impossível expor os elementos passivos do saber sozinhos (...). Os elementos passivos e ativos não são separáveis completamente nem logicamente nem historicamente." (id.,p.141-2)

A construção do conhecimento científico vai-se dando, então, por um lento e coletivo processo de transformação das conexões ativas em passivas, e vice-versa, em interação permanente com instâncias sociológicas e políticas e interesses diversos que permeiam o coletivo de pensamento. Fleck demonstra como as concepções sobre a sífilis e suas transformações, o sinuoso processo de experimentos científicos (a partir de objetivos diversos, premissas insustentáveis e resultados irreproduzíveis) e as "adaptações conceituais e transformações", bem como interesses socioculturais e políticos confluíram para o desenvolvimento da reação de Wassermann como fato científico e sua relação com a sífilis (id.,p.143-4).

Os coletivos de pensamentos possuem estilos de pensamento com idéias que se sistematizam e funcionam internamente como orientação e coerção para as possibilidades de pensar e conhecer. Os estilos de pensamento, à semelhança

estrita dos paradigmas de Kuhn (1987)[30], tendem a centrar-se nos pressupostos, teorias e métodos cujas conexões ativas e passivas são selecionadas de modo a manter a harmonia e a coerência no sistema de idéias e destas com as conexões passivas. Assim, há a tendência à reprodução de tais concepções, à persistência dos sistemas de idéias estruturalmente fechados e completos, compostos por numerosos detalhes e relações, frente a tudo o que os contradiga:

> Não se trata só de indolência ou cautela frente às inovações, senão de uma postura ativa que se compõe de vários graus: 1)uma contradição do sistema parece impensável; 2) o que não concorda com o sistema permanece inobservado; 3) em caso de ser observado, ou bem se guarda silêncio a respeito, ou bem 4) se fazem ímprobos esforços para explicar a exceção em termos que não contradigam o sistema; 5) apesar dos legítimos direitos das concepções contraditórias, se tende a ver, a descrever e incluso a informar só as circunstâncias que corroboram a concepção dominante, o que supõe, por assim dizer, fazer realidade esta concepção (ibid.,p.74).[31]

Em outras palavras; as conexões ativas que não são harmônicas com o estilo de pensamento, ou as conexões passivas que não se harmonizam com as ativas do estilo tendem a ser descartadas e negadas, ou são re-interpretadas. Vale ressaltar que o estilos de pensamento não são de modo algum uma contaminação de fatores externos às ciências e à sua lógica. Eles são inextirpáveis, pelo simples fato que são constitutivos do conhecimento e dos próprios fatos, sendo uma categoria que permite (e pressupõe) a ligação, a concatenação, a mediação do conteúdo do conhecimento científico com a sociedade e a cultura gerais e suas concepções, crenças e representações, e particularmente com a cultura e socialidade da comunidade dos cientistas e seus financiadores, bem como suas crenças coletivas. Aliás, Fleck vai mais além, dizendo que a gênese e o desenvolvimento dos fatos científicos podem

---

[30] Convém ressaltar que o conceito de estilo de pensamento proposto por Fleck permeia a produção do conhecimento científico e é apropriado ao seu meio. No entanto, diferentemente do paradigma de Kuhn, não é restrito a ele, pelo contrário: o autor deixa claro que os estilos e os coletivos de pensamento transcendem o "locus" social científico, podem ser identificados em outras instâncias sociais e culturais, estando radicados no conhecer humano, que é visto como um processo cognitivo coletivo genérico, cujo conteúdo é eminentemente social, temporal, cultural e historicamente determinado, não sendo comprometido no seu "funcionamento" pelos métodos científicos. Neste sentido, não há que confundir os conceitos: os estilos de Fleck , ainda que apresentem grandes semelhanças no modo de operar com os paradigmas, são definidos sócio-cognitivamente de forma mais ampla e genérica, e não se equivalem aos paradigmas de Kuhn, propostos como "mapas de orientação" específicos da atividade científica.

[31] Analogamente, Kuhn descreve as atitudes do cientista ao se deparar com fatos não previstos pelo seu paradigma: 1º: deve haver algum erro, há que repetir tudo de novo; 2º: o que é que vão dizer se lhes contar o dado que obtive? É melhor ficar quieto; 3º: é melhor esconder as provas (muito comum). Caso nada disto funcione, vem o 4º: "eles inventarão inúmeras articulações e modificações *ad hoc* de sua teoria a fim de eliminar qualquer conflito aparente" (Kuhn,T. *apud* Alves, 1995, pp.192-3).

ser descritos histórica e psicologicamente apenas de forma parcial, e é insustentável que cumpram algum roteiro lógico ou racional; o que não quer dizer que sejam arbitrários, uma vez que têm que se conformar sempre com as conexões passivas, "sinais de resistência" à arbitrariedade do pensamento, que, porém, são percebidos conforme o estilo de pensamento. Fleck o demonstra para o caso específico do conceito de sífilis e o estabelecimento da reação sorológica de Wassermann. Pode-se averiguar o mesmo em relação à construção da doença AIDS, contemporaneamente, no estudo de Camargo Jr. (1994)[32].

Fleck (1986) considera também que, ao longo do processo de desenvolvimento do conhecimento, podem ocorrer duas fases no domínio das teorias. Uma "clássica", onde o estilo e a harmonia de sua ilusões impera inconteste, e outra de "complicações", onde conexões passivas estranhas, exceções e incongruências começam a aparecer por demais e questionar o saber estabelecido - em estreito paralelo com as fases de ciência normal e revolucionária de Kuhn (1987).

Assim, o fato sempre ocorre no contexto da história do pensamento e é o resultado de um estilo de pensamento determinado:

> No campo do conhecimento, o *sinal de resistência*, que se opõe à arbitrariedade do pensamento, recebe o nome de *fato.* A este sinal de resistência o caracteriza o pertencer a um "coletivo de pensamento", pois todo fato tem uma tripla relação com o coletivo de pensamento: 1) *Todo fato tem que situar-se em linha com os interesses de seu coletivo de pensamento*, pois a resistência só é possível onde existe um aspirar a uma meta.(...) 2) A resistência tem que ter *eficácia como tal dentro do coletivo de pensamento e deve fazer-se presente a cada componente como coerção de pensamento e também como forma diretamente experiênciável*. No conhecimento, isto parece como um acoplamento dos fenômenos que não é possível desatar de nenhuma maneira intracoletivamente. Este acoplamento parece estar condicionado, enquanto "verdade", de uma forma "lógica" e "objetiva".(...) 3) O *fato tem que estar expresso no estilo do coletivo de pensamento*.(...)Um fato nunca é totalmente independente de outro. Os fatos se apresentam como uma amálgama mais ou menos relacionada de sinais individuais ou como um sistema de saber que obedece a leis próprias. Um sistema desenvolvido até converter-se em um sistema harmônico possui a propriedade de que cada fato novo muda harmonicamente – ainda que seja minimamente - todos os demais. Assim, se forma uma engrenagem de fatores interrelacionados em todas as direções, que se mantém em equilíbrio mediante a interação contínua. Esta malha entrelaçada confere solidez ao "mundo dos fatos" e cria o sentimento de uma realidade fixa e da existência independente do mundo [no nosso caso, das doenças] (Fleck,1986, p.147-9).

[32] Diz Camargo Jr. (1994, p.94-5) a respeito da etiologia da AIDS: "O outro aspecto a ser destacado diz como, suavemente , o vírus (...) foi entronizado no lugar de agente causal. (...) Sem nenhum "experimento decisivo", sem "provas" definitivas, (...), o "deve ser" foi paulatinamente substituído pelo "é". (...) Sem que se possa localizar um momento preciso, o tal vírus passa a ser o agente etiológico consensual da AIDS. (...) A hipótese que afirmava ser este vírus o agente causal da AIDS tornou-se um caixa preta."

Finalizando este breve passeio por algumas das idéias de Fleck, concluímos:

> A tendência à persistência dos sistemas de idéias nos demonstra que devemos considerá-los, até certo ponto, como unidades, como estruturas independentes marcadas por um estilo (...). O caráter fechado dos sistemas, assim como as interações entre o conhecido, o por conhecer e o cognoscente garantem a harmonia dentro do sistema. Mas, ao mesmo tempo, também asseguram a harmonia das ilusões, que, precisamente por isto, não podem desmascarar-se nunca desde dentro do estilo de pensamento (ibid.,p.85).

Um exemplo da operação do estilo de pensamento dos cientistas, farmacologistas e médicos é a sua relação com os efeitos dos fármacos no corpo humano. Almeida (1996) nos mostra como o racionalismo biomédico contemporâneo, aderente à teoria dos receptores, tendo em vista a busca por drogas específicas para determinados mecanismos fisiopatogênicos ou germes, assume todos os demais efeitos das drogas como adversos ou colaterais. Cria, assim, uma categoria pouco relevante que, juntamente com a categoria central - o mecanismo de ação -, induz ou facilita o não-reconhecimento da ação difusa da droga sobre o indivíduo e mesmo de ações localizadas sobre outras partes do organismo, que não são objetos das pesquisas e ensaios. Isso permite que possam 'passar' nos ensaios clínicos controlados, por serem seletivos e dirigidos a objetivos muito estritamente pré-determinados, ações farmacológicas por vezes impeditivas (e mesmo catastróficas, como foi o caso da talidomida, cujos efeitos danosos foram sugeridos já no ensaio clínico, mas não valorizados)[33](id.,p.165). Assim como induz a que o espectro dos efeitos indesejáveis seja muito pouco valorizado ou nem seja considerado no uso clínico dos fármacos. Aliás, esta classificação dos efeitos indesejáveis, onde entram fenômenos como anafilaxia, alergia, hipersensibilidade, hiperreatividade, rebote, efeitos secundários da droga, interação medicamentosa, etc., estabeleceu um pacto do tipo "lavo as mãos", em que o médico assume a responsabilidade apenas em relação aos efeitos farmacológicos conhecidos e desejados. Se algo diferente ocorre, é fruto do acaso, reação individual, fora de seu alcance. Essa categoria de efeitos, assim, atribuída ao acaso, é esvaziada na potencialidade de questionamento deste modelo.

Um segundo exemplo da importância do estilo de pensamento médico é o enfoque sobre o que se chamou de efeito placebo. Constatado o misterioso fato da

[33] E, por outro lado, que outras ações farmacológicas, tidas como incidentais, secundárias ou colaterais, possam vir a ser legitimadas como o único objetivo do uso do fármaco, se o mecanismo primeiramente estudado mostra-se por algum motivo pouco exitoso (exemplo: minoxidil).

alta porcentagem de “cura” para vários tipos de problemas clínicos sem uso de “princípio ativo” algum, o que poderia abrir um larga avenida de estudos a explorar este recurso terapêutico, de eficácia comprovada, de iatrogenia nula, de custo mínimo, sem intolerância ou toxicidade (ou seja, um recurso quase que maravilhoso), o que se faz em relação ao mesmo? Não só a biomedicina o ignora, como também o rejeita e o exclui de si nos métodos e nas teorias, perdendo a chance de explorá-lo, uma vez que na prática todos concordam que ele permeia toda a atividade terapêutica. O efeito placebo permitiria, ainda, um diálogo e talvez uma parceria com os estudos antropológicos e sociais sobre a cura, o que poderia, quem sabe, arejar o imaginário biomédico e aumentar a eficácia de sua ação terapêutica.

Mas, no estilo de pensamento biomédico contemporâneo a ele são reservados os fracassos e enganações: “Dado o poder das respostas curativas, suas propriedades tanto fisiológicas como psicológicas, sua universalidade e antigüidade na assistência médica, é perverso o fato de que o placebo tenha praticamente se transformado mais em um epíteto implicando charlatanismo do que em um elemento descritivo de uma característica fundamental da prática médica” (Eisemberg *apud* Castiel, 1994, p.81).

O método do ensaio clínico controlado, que incorporou teórica e metodologicamente o conceito de efeito placebo, “se apropriou de tal forma dessas dimensões [do simbólico e do subjetivo envolvidas no efeito placebo] que acabou por naturalizar e objetivar no placebo dimensões fundamentais da terapêutica” (Almeida 1996, p.144). E o fez na direção da sua exclusão. Explicamos: é compreensível o uso purificador da comparação com o placebo, na metodologia dos ensaios clínicos, desses fatores incontroláveis envolvidos no efeito. O efeito placebo estaria mostrando a influência e potência dos sujeitos e sua interação no fenômeno da cura. Como isto não é o que está sendo testado nos ensaios clínicos, cumpre afastar estas variáveis.

O peculiar, o teórica e eticamente questionável, é o fato de este ser o único uso teórico-metodológico existente. Quando é que se considera, então, no saber biomédico, as potências e influências dos sujeitos na cura? Por que não se pode pesquisar esses fatores? Sua “incontrolabilidade” é impermeável aos métodos vigentes? Por que não usar outros métodos? O fato é que o “fato” está ali, presente, reconhecido, comprovado. Mas trata-se de excluir este incômodo fator incontrolável, e basta. Nega-se-o como se com isto ele desaparecesse, ou se se pudesse

prescindir dele: sem argumentos lógicos, sem argumentos éticos, sem argumentos teóricos. Trata-se de uma "cegueira estilística", um veto invisível que não permite que o "fato" seja pensado de outra maneira.[34]

Um terceiro exemplo nos é dado por Fleck (1986). Já em 1935, o autor chamava a atenção para o fato de que os progressos da microbiologia e da imunologia da época apontavam para transformações do conceito de enfermidade infecciosa e dos germes como sua causa: "É muito duvidoso que seja possível uma invasão no sentido antigo (...), assim, deve-se falar mais bem de uma complicada revolução dentro da unidade complexa da vida e não de uma invasão dela. Esta idéia, que pertence mais ao futuro que ao presente, não está todavia clara. Se encontra só de forma implícita na biologia de hoje e todavia não tem sido trabalhada em detalhe" (id.,p.108). No entanto, a concepção de enfermidade infecciosa que para Fleck já mostrava fragilidades e não se sustentava rigorosamente à luz dos saberes "de ponta" de então, permanece ainda hoje intocável, talvez até mais solidamente posta que na sua época. Fatores inerentes à conformação do estilo de pensamento, que não são de ordem lógica e sim vinculados a crenças generalizadas em algo externo que invade o corpo[35] e a forças muito concretas de financiamento e de interesses comerciais e industriais a dirigirem as pesquisas biomédicas, reforçaram de tal modo a trama sócio-cognitiva onde os agentes etiológicos são "causas" das "infecções", que simplesmente quase não se pode pensar em sentido contrário. Hoje, mais de sessenta anos depois, com todo o progresso tecnológico ocorrido, com avanços teóricos na imunologia[36] na direção já antevista por Fleck, estamos como que estagnados na noção de "infecção" que já em 1935 era questionada. E tudo se passa como se as evidências fossem incontestáveis, os "fatos" o impusessem. Eis uma impressionante persistência das idéias de um estilo de pensamento, que se transformou, sem dúvida, mas ao redor do reforço desta noção, contra as indicações lógicas e racionais.

---

[34] Para uma visão da magnitude, história, definições, mecanismos e usos metodológicos do efeito placebo ver: Straus & Cavanaugh (1996) e também Kiene (1996).

[35] "O conceito etiológico de entidade nosológica não procede diretamente dos trabalhos individuais das revistas [científicas]. Provém, em última instância, do pensamento exotérico (popular) e das idéias formadas fora do coletivo em questão [de cientistas], mas gradualmente adquiriu sua importância atual na circulação exotérica do pensamento e hoje forma um dos conceitos fundamentais da ciência de manual bacteriológica. (...) Porém uma vez que se tenha incluído nos manuais e se tenha ensinado e empregado assiduamente, formou a coluna fundamental do sistema e se converteu em uma coerção do pensamento" (Fleck, 1986, p.169).

[36] Ver Varela & Coutinho (1991).

No cotidiano da atenção à saúde na biomedicina são freqüentes os exemplos sobre cegueiras do estilo de pensamento biomédico, facilmente observáveis de fora dela, mas invisíveis de dentro dela.

O caso da iatrogenia longitudinal que mencionamos pode assim ser compreendido como um enorme e heterogêneo grupo de situações contraditórias e questionadoras do saber biomédico, que ilustram a força do poder selecionador do estilo desse pensamento médico, para infelicidade dos pacientes que dele padecem. Esse estilo tem deixado a biomedicina cega aos misteriosos e preocupantes fenômenos de alternância, repetição, sucessão a às vezes "aprofundamento" de sintomas e patologias, entre órgãos e sistemas orgânicos distintos. Esses fenômenos, aparentemente, não deveriam ter nada a ver uns com os outros, e no entanto repetem-se no relato dos doentes nos serviços de atenção à saúde (se eles podem falar, e se há ouvidos para escutar). E o mesmo ocorre com o relacionamento do uso de quimioterápicos com a mudança, o desencadeamento, a piora ou mesmo a melhora de certos quadros sintomatológicos e patológicos que não "deveriam" estar relacionados com a droga (tomada com outros objetivos).

Voltando, por fim, à discussão sobre o positivismo, a ciência positiva busca o conhecimento objetivo e verdadeiro, no sentido de correto. Este é considerado objetivo, confiável, verdadeiro, não passível de dúvida, universal, ainda que provisoriamente.

Para isso, uma série de recursos básicos, considerados garantidores indispensáveis desse conhecimento, são necessários: a razão, a utilização de um método para garantir a sistematicidade, a definição de conceitos para impedir a ambigüidade de linguagem, a objetividade dada pela neutralidade suposta do investigador e pela constância dos dados (percebidos sistematicamente). Já indicamos que os métodos e as ciências auxiliares, particularmente a epidemiologia, cumprem o papel dessa suposta garantia. Conhecimentos assim gerados são os únicos considerados verdadeiros nessa perspectiva; e assim, a ciência é a única portadora das verdades objetivas. Não há, então, diálogo possível entre as representações e saberes do mundo cotidiano dos doentes e os da medicina científica, a não ser que estes já tenham adentrado e dominado aqueles. Todos os estoques e arsenais de saberes e práticas disseminados pelas culturas e mesmo sistemas médicos complexos, com racionalidades próprias distintas, são

automaticamente desqualificados: passam a ser crendices populares, senso comum, empirismo, religião.

Isso pode ser compreendido através da diferença de estilos de pensamento onde diferentes corpos de saberes, mais ou menos estruturados e sistematizados, fazem-se presentes a interpretar e dar sentidos diversos aos fenômenos do enfermar-se. Um estilo diferente suficientemente diferenciado e estruturado não pode ser entendido de dentro de um outro:

> O estilo de pensamento estranho produz a impressão de ser uma mística. As questões que rechaça parecem, com freqüência, precisamente as mais importantes, suas explicações parecem como não concludentes ou não certeiras e os problemas que propõem parecem triviais ou carentes de sentido. Os fatos de um coletivo de pensamento são considerados por outro coletivo ao que se une por uma escassa afinidade como meras invenções destinadas a serem ignoradas (como, por exemplo, os *"hechos espiritistas*" *pelas* ciências naturais) (Fleck, 1986, p.156).

Sendo a ciência a candidata vitoriosa à produção de verdades de sentido supostamente universal, não espanta que, no limite, a biomedicina pretenda convencer a todos (o profissional o faz com cada um dos doentes no cotidiano dos serviços) de que as "doenças dos doentes", transbordantes de sentidos humanos ainda variados, não existem: todas as doenças se resumem "às doenças dos médicos". Se não agora, isso ocorrerá assim que a Ciência avance mais.

Assim, aposta-se em que a pesquisa dirigida por esse paradigma, que é quase toda a pesquisa biomédica (básica, clínica e epidemiológica), algum dia esclarecerá os mecanismos causais envolvidos em todas as doenças do quadro nosológico médico, que se detalharia elucidando a fisiopatogênese e semiogênese de todos os problemas e que proporcionaria paralelamente tecnologia objetivante para identificação das doenças, superando esses imbróglios e desencontros de sentidos, sintomas e significados entre médicos e seus pacientes. É uma promessa que a biomedicina, ao que tudo indica, não pode cumprir nem abandonar, sem antes se modificar em muito, o que está longe do horizonte de nossos dias.

Ora, tal paradigma logrou êxito histórico e político e domina a significação do conhecimento científico no mundo contemporâneo. É entendido na biomedicina, ainda hoje, como a melhor forma de se conhecer a realidade. Fornecendo imensa ampliação do poder de manipulação da natureza, foi sem adversários relevantes que a ciência positivista logrou a aceitação hegemônica da sociedade ocidental. E nada

mais fácil do que a verificação das assertivas acima no âmbito da saúde e da biomedicina.

É desnecessário continuar a descrição de como tais saberes, pressuposições e concepções, institucionalizadas material e simbolicamente nos profissionais, no aparato científico clínico e epidemiológico, técnico e medicamentoso e mesmo em parte no imaginário dos pacientes, constituem-se em pontos críticos das crises cotidianas da biomedicina.

O fato deste modelo, pautado pela crença no método científico positivista da biomedicina e na razão associada ao método, não ter aumentado significativamente a nossa compreensão sobre o homem e sobre o seu adoecimento, em termos da vida cotidiana individual e social, uma vez que as questões básicas do adoecer continuam as mesmas, também não tem gerado questionamento interno à biomedicina. É preciso reconhecer que o aconselhamento básico para uma vida saudável feita pela ciência médica[37] (fonte legítima das verdades hoje), não difere muito do proposto pela sabedoria dos antigos de décadas ou séculos atrás ou de outras culturas não ocidentais (no que estas convergem). Em geral, as mais consensuais e unânimes descobertas científicas contemporâneas têm confirmado aquela sabedoria. Conforme diz, mais moderadamente, Sabroza, prefaciando Costa (org)(1994): “As ciências da saúde dão conta de que o imenso desenvolvimento da biologia ao nível das estruturas subcelulares não resultou em aumento correspondente da compreensão dos processos que finalizam em doença, incapacidade e morte”.

Duas razões interligadas tornam compreensível e mesmo alimentam essa cegueira e estagnação paradigmática. A primeira é a presença de grandes lacunas ainda por preencher no quebra-cabeças que a ciência médica normal (Kuhn, 1987) ainda propicia, com ampla margem para detalhamento e desenvolvimento dos modelos já existentes, o que gera um deslumbramento infinito em melhor preencher o “jogo”. Essa abundância de lacunas poderia ser pista de que talvez o próprio paradigma e as suas teorias é que não sejam apropriados ou suficientes; mas tal hipótese ainda não está em questão na biomedicina ou na saúde coletiva, ao menos

[37] Referimo-nos aqui ao que pode ser depreendido das mais recentes pesquisas clínico-epidemiológicas, no que elas convergem e se reforçam, quanto ao recomendado para uma vida saudável: satisfação na vida e no trabalho, pouco estresse, boa alimentação, equilíbrio no desfrute da vida emocional-afetiva e social, exercícios regulares, etc. (Silvestre et al,1996, Silvestre, 1998).

de forma relevante a influenciar a construção do saber e da prática de atenção à saúde. Ainda não vivemos uma revolução científica na biomedicina neste fim de século. Ou, na terminologia de Fleck, a primeira razão da estagnação paradigmática é a persistência dos sistemas de idéias e teorias bem estruturadas do estilo de pensamento biomédico contemporâneo, que sob vários aspectos vive ainda um período clássico de seu desenvolvimento - em que pese a progressiva emergência social do reconhecimento de incongruências, anomalias, perigos e limites desse estilo.

A segunda razão, de caráter mais amplo, político e filosófico mas não menos importante, paira ao fundo da primeira e diz respeito ao fascínio humano ocidental em, estando livre de coações e cosmovisões pré-científicas ou religiosas, desfrutar do poder de manipulação (na busca do controle) da natureza. No caso da medicina, o fascínio é o de manipular o homem, seu corpo e suas partes, tentando dominar as doenças. Manipulação e domínio absolutizados que a técnica, agora já quase confundida com a ciência[38] normal, tem proposto e possibilitado em escala antes inimaginável.

> A substituição de Deus pela figura do homem prometeico é, no quadro da legitimação metafísica da modernidade, a condição mais ampla da virada subjetivista da teoria do conhecimento moderno, que está na base do caráter construtivo e experimental da ciência moderna, e da sua relação essencial à técnica. Isto porque a experimentação científica, por meio do isolamento e do controle mais completo possível dos fatores estranhos, recria construtivamente a natureza, instaurando o princípio, mais tarde formulado, no século XVIII, por Vico, do *verum factum*: o verdadeiro e o feito são conversíveis. Só o que é feito pelo homem é verdadeiro e passível de legitimação. (Müller, 1996, p.31-2)[39]

Esse movimento reflexivo do sujeito que se desembaraça cada vez mais da natureza, cujo ápice pode ser considerado Descartes, transforma a natureza em *res extensa*. Essa absolutização da subjetividade construtora traz a desvalorização de outras esferas do ser e da natureza: se ao homem ainda é concedida uma interioridade, a natureza é desprovida de tal. Para nós, importa que, nesta oposição

[38] Para a fundamentação da interpenetração da Técnica com a Ciência contemporâneas, ver Müller (1996). Uma discussão das relações entre as duas, na biomedicina, enfatizando e defendendo a sua separação, é encontrada em Ribeiro (1995). Uma análise filosófica crítica mais geral vem de Adorno & Horkheimer (1986).

[39] Müller (1996), sintetiza as teses do filósofo contemporâneo Vitório Hösler, que nos oferece uma clara descrição dos pressupostos metafísicos da modernidade através de sua análise filosófica da crise ecológica. Baseamo-nos nele para a discussão que segue.

entre *res cogitans* e *res extensa,* o limite entre elas atravessa o próprio homem, pois a própria natureza do homem, a sua corporeidade, pertence à *res extensa*.

Tal teoria vai fortalecer a trajetória da ciência moderna, primeiramente, no domínio biológico, legitimando a vivissecção de animais e possibilitando grande avanço no conhecimento anatômico. Em contrapartida, ela fomenta "uma compreensão da natureza interna que permite uma sujeição brutal tanto da natureza externa como da interna, tornando-se indiretamente responsável por uma visão fragmentária e intervencionista da saúde humana que causou muitos danos à medicina" (Müller, 1996, p.33). Além disso, a evacuação de toda interioridade, que não a do próprio sujeito, não deixa lugar para uma terceira forma de experiência além da introspecção e da mensuração externa, de sorte que não é mesmo mais preciso supor que na natureza haja um resto que não possa ser apreendido matematicamente. Ao privar a face interior da vida de um estatuto ontológico definível, o dualismo cartesiano, enquanto fundamento da ciência moderna, consagra a superioridade da quantidade sobre a qualidade e a redução tendencial desta àquela.

As conexões recíprocas entre ciência, técnica e o modo de produção capitalista, por sua vez, corroboram e reforçam "**os três postulados fundamentais do mundo moderno**" (id., p.43-44, grifo do autor):

1) O programa cartesiano de transformação da qualidade em quantidade.

2) O infinitismo da ciência e do progresso técnico: se a técnica libera o homem da natureza em muitos aspectos, acelerando e intensificando a satisfação das necessidades, ela gera outras, multiplicando os meios de satisfazê-las e, com isso, cria meta-necessidades, isto é, necessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica cada vez mais complexa e custosa, na dependência crescente de aparelhos, e assim ao infinito (id.,p.39-40). As conseqüências desastrosas, no âmbito da cultura em saúde, da geração infinita de meta-necessidades de consumo médico e dependência alienante, foram, como já discutimos, bem descritas por Illich (1975) e consagradas no termo *medicalização* da vida e da sociedade.

3) O princípio do *verum factum*, de que o verdadeiro é o tecnicamente feito, por trás do qual está a subjetividade moderna, que transforma a sua autonomia em oposição à natureza, em soberania absoluta. "O corolário mais importante desse

> princípio (...) é a ilusão de que a racionalidade estratégica e instrumental cobre todas as regiões do ser e pode responder a todas as questões essenciais" (Müller, 1996, p.40). Na medicina são desastrosas as conseqüências deste princípio, na medida em que por ele ficam bloqueadas todas as capacidades de reconhecimento e valorização dos movimentos vitais (e suas conotações curativas ou não), de capacidades autônomas do sujeito e de seu organismo como um ser vivo que reage, em várias dimensões e de várias maneiras, às dificuldades da vida, às doenças e aos tratamentos médicos. O homem e sua natureza são reativos, vivos. Mas, tudo isso, por este princípio, fica reduzido ao que tecnicamente pode ser feito, enquanto interpretação científica (diagnóstico) e ação (terapêutica biomédica). Por este princípio só os mecanismos fisiopatológicos conhecidos e passíveis de intervenção técnica valem. Apenas o que é feito pela técnica dominadora, legitimada pela ciência, é verdadeiro.

A imersão da biomedicina nesses princípios[40] tem como conseqüência a insensibilidade dela às questões discutidas nas páginas precedentes, quais sejam, as problemáticas conseqüências do confronto dos pressupostos teórico-filosóficos e da estrutura conceitual da medicina científica com os objetivos do exercício da atenção à saúde, a razão de ser de qualquer medicina. Outra conseqüência são os dissensos, fracassos e crises envolvidas na prática biomédica, provenientes de seu próprio paradigma, que fazem emergir dúvidas e questionamentos quanto à possibilidade mesma de um exercício conseqüente e responsável da biomedicina em sintonia com a missão essencial da cura.

A concepção e prática de manipulação técnica e controle dominador na biomedicina, que ao que tudo indica não se faz impunemente[41], presentifica-se

---

[40] Esta imersão, está, em parte, analisada na sua história conceitual por Luz (1988).

[41] É difícil fundamentar esta idéia a partir de dentro da biomedicina, tal sua cegueira a respeito. Podemos fazer um paralelo entre a manipulação artificial das partes do corpo humano e a manipulação da natureza. As conseqüências desta última estão já bem claras e reconhecidas como uma grande e grave crise ecológica, devido às catástrofes já ocorridas e em andamento, que afetam a todos (energia nuclear, chuva ácida, contaminação da água, efeito estufa, buraco na camada de ozônio, contaminação química dos alimentos, redução de espécies "naturais" e proliferação de pragas etc.).

Outro paralelo é entre o círculo vicioso e a dependência da agricultura em relação ao uso de aditivos químicos e agrotóxicos - com sua contraprodutividade hoje evidente para uma parte dos cientistas da área, que já desenvolvem saberes e tecnologias "alternativas" de *dentro* da Ciência para a atividade agrícola. Na área da saúde há correspondências quanto à manipulação indiscriminada do corpo e da intervenção buscando o controle de suas partes pelo arsenal diagnóstico e terapêutico, particularmente quanto ao uso de quimioterápicos – os antibióticos seriam o equivalente aos agrotóxicos. Mas as dificuldades de evidenciação científica desses paralelos na biomedicina ainda são grandes e não foram feitos por partes da comunidade científica, não havendo saberes e tecnologias "alternativos" instituídos *dentro* da Ciência biomédica. Todavia, mesmo na agricultura e no meio

parcialmente num crescente e concreto poder de manipulação de partes da natureza e do homem doente. O deslumbramento com a manipulação artificial, através do arsenal terapêutico químico e físico (cirúrgico), de sintomas e mecanismos fisiopatogênicos alimenta de forma ainda não questionada internamente na biomedicina o projeto positivista e *baconiano*[42] hoje hegemônico.

No mínimo, permanece sob intensa suspeita esse paradigma (positivismo) quanto ao conceito de objetividade, de neutralidade, de universalidade e de separação do sujeito e do objeto, haja visto os problemas anteriormente discutidos decorrentes de sua vigência na medicina. Em se tratando de questões como as da saúde e da doença, seu império já se mostra inaceitável.

Mas observamos que é justamente aí, na biomedicina, que essas suspeitas não estão postas abertamente, nem no âmbito da produção do saber nem no do exercício da atenção à saúde[43]. Na prática, aceita-se, via de regra, a objetividade da doença e do biológico e a sua identidade em modo de ser e operar com o mundo físico, o qual é ainda visto como uma máquina. Remete-se as tais crises da medicina à esfera econômica, ética, política, administrativa, etc., ou ao aspecto artesanal da prática médica.

É sustentável, portanto, o pressuposto inicialmente assumido: o monopólio do positivismo biomédico é vigente e é envolvido nas crises cotidianas da atenção à saúde. A estrutura de concepções e conceitos da biomedicina bem como sua prática, ainda que supostamente em boas condições "externas", apresentam problemas críticos e graves .

Esses problemas ficam maiores ainda ao lembrarmos que os modelos científicos "de ponta", inovadores, na medicina, estão tão longe de algum possível desdobramento prático-terapêutico cotidiano para a maior parte dos problemas de

---

ambiente as práticas sabidamente responsáveis por estes desastres e prejuízos à natureza, ao ambiente e ao homem, na maior parte, continuam. A dificuldade em se reconhecer a crise "ecológica" da medicina talvez se deva ao fato de as catástrofes aí ocorrerem comumente nas pessoas, no varejo, para as quais o estilo de pensamento biomédico sempre oferece uma resposta *ad hoc*, ou o consolo de que "foi feito tudo o que era possível".

[42] Ver nota 3 da apresentação.

[43] Na epidemiologia, por exemplo, há discussões e manifestações de insatisfação com os próprios métodos e pressupostos teóricos, por poucos. Veja-se, Castiel (1993, 1994), Costa (org.)(1994). Em outras áreas o mesmo ocorre, como por exemplo Sacks (1997a,b) na neurologia, e Dossey (1998). Pela pequena magnitude e pouca operacionalidade dos questionamentos e esboços de alternativas propostos, consideramos ainda incipientes, embora promissores, tais movimentos.

saúde, que não se pode nem cogitá-los como motivos de “esperança”, em que pese a sua fertilidade. Assim, a biomedicina e sua atenção à saúde continuarão as mesmos por um bom tempo, provavelmente. A não ser que ousemos mexer nela, transformando-a, e/ou que quebremos seu monopólio nos serviços. Mas aqui abre-se uma discussão que retomaremos no capítulo 4. Por enquanto, vejamos mais de perto a questão da relação do saber e da atenção à saúde biomédica com o problema atual da autonomia-heteronomia dos doentes.

O saber biomédico e a autonomia dos sujeitos

Frente à análise precedente das relações dos saberes biomédicos com os impasses e dilemas da atenção à saúde nos serviços, podemos considerar agora, novamente, uma questão que é eixo fundamental de nossas preocupações neste estudo, já antes mencionada. Trata-se da questão dos sujeitos e sua autonomia, sua construção e crescimento. Nesse sentido, faz-se necessário um aclaramento melhor do nosso enfoque sobre o tema.

Nas reflexões do grupo de autores preocupados com a atenção à saúde individual e que pensam modelos de atenção para os serviços públicos em que nos referenciamos anteriormente (o grupo de Campos e sua discussão em “defesa da vida”), os sujeitos são considerados no seu aspeto ético, social, psicológico e principalmente político: é o sujeito responsável, ativo e crítico, que pode crescer transformando-se em ator social e político atuante e independente, que se busca incrementar e formar. Isso se refere tanto a um nível abstrato, macro-social e macro-político, em que o importante são os valores, interpretações e propostas veiculadas pelos atores na sociedade, e onde pouco se enfatiza os sujeitos individuais que as encarnam, quanto a um nível micro-social onde cada indivíduo é essencial (seja como profissional ou usuário) como sujeito no seu local de trabalho ou atendimento. Campos (1994, 1997) e Merhy (1997b,c) chegam a especificar a ampliação da autonomia dos doentes como um objetivo da ação em saúde nos serviços, mas o fazem genericamente.

Frente aos desafios impostos pela medicalização social progressiva e assumindo os caminhos sugeridos por Illich (1975)[44], enfatizamos na discussão

[44] Cf. capítulo 1.

sobre os sujeitos o aspecto setorial da área da saúde. Esse aspecto ressalta nessa questão a autonomia dos cidadãos e sua atuação quanto à sua própria saúde e seus cuidados.

Ou seja, é nossa hipótese que qualquer proposta de modelo assistencial deve contemplar o quesito básico do resgate e fortalecimento do que poderíamos chamar de "sujeito em saúde": a busca da construção de sujeitos capazes e autônomos progressivamente no assumir a responsabilidade e no agir sobre si mesmo, seu meio e seus próximos com recursos próprios de interpretação quanto aos problemas de saúde, no sentido de forjar alternativas ao movimento vivido pela cultura ocidental contemporânea de alienação dos sujeitos em relação a sua saúde, doença e sofrimento. Isso deve ocorrer tanto pela necessidade estratégica institucional - diminuir a contraprodutividade – quanto pelo valor emancipatório da ação autônoma em saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que não há nem na biomedicina nem na Saúde Pública ou no movimento sanitário propostas viabilizadoras desse desafio (exceto a proposta genérica de se tomar o incremento do "coeficiente de autonomia" dos pacientes como objetivo dos serviços (Campos, 1994, p.54)). Isto é, ainda que de forma caricatural, mesmo nas propostas do movimento sanitário, um paciente é e será sempre um paciente. Um cidadão é um paciente em potencial, a ser esquadrinhado pelos riscos, protegido por ações de saúde institucionais, tratado por equipes de saúde, ainda que profilaticamente. Um paciente (ou melhor, suas doenças reais ou potenciais) é objeto de trabalho da clínica, assim como as doenças nas coletividades o é para a epidemiologia. Há, portanto, que introduzir a preocupação fundamental com a busca de cidadania plena “em saúde", cujo limite é a autonomia individual e social, como direção filosófica e política, como “norte”.

Sob este ponto de vista, um olhar sobre o saber biomédico (clínico-epidemiológico[45]) se faz necessário para se poder vislumbrar quais as possibilidades e limites do saber clínico-epidemiológico quanto à sua relação com o crescimento (ou não) da autonomia dos “sujeitos em saúde” e para que propostas de modelos de

[45] Utilizaremos aqui o termo saber “clínico-epidemiológico”, em geral intercambiável com “biomédico”, apenas para ressaltar que se trata de um conjunto integrado que envolve as disciplinas e saberes tanto da epidemiologia e disciplinas auxiliares quanto da clínica e auxiliares, unidade esta proposta por Camargo Jr. (1992a,c, 1993a, 1994) como um paradigma clínico-epidemiológico a orientar a biomedicina. Ou seja, apenas evitamos, com isso, explicitamente, a tendência de desvincular clínica de epidemiologia.

atenção possam se enriquecer de saberes e práticas de saúde de fato em defesa da vida e da autonomia.

Assim, a seguir realizamos uma pequena análise do saber clínico-epidemiológico atual quanto à sua relação com a autonomia/heteronomia dos sujeitos, ainda que este saber, a instituição médica e a prática da biomedicina estejam inextricavelmente imbricados, motivo pelo qual usamos aqui sem grande rigor esses termos.

A biomedicina e seu saber podem ser divididos, para efeito de análise, em duas grandes áreas: uma área de prevenção ou profilática e uma área terapêutica. As ações profiláticas são quase sempre teórica e praticamente distinguíveis, diferentes e separáveis das ações terapêuticas. Ainda que próximas, ligadas por um saber fisiopatológico, é comum tanto no saber como na prática biomédica que ocorra a prevenção sem o tratamento, e ocorra o tratamento sem que seja tocada a profilaxia.

A biomedicina distribui-se muito desigualmente entre a parte profilática e a terapêutica. A segunda é maior, mais importante e mais crescente, tanto em saberes como em práticas e recursos de intervenção. A primeira é menor, e muito derivada da segunda, na sua gênese, constituição e metodologia. Ela é abordada primeiramente.

A parte profilática da biomedicina e a autonomia

Uma grande parte da prevenção da biomedicina circula pelo que poderíamos chamar de noções de higiene, que dizem mais respeito, neste saber, às doenças infecto-parasitárias. Aqui a biomedicina contribui para o crescimento dos sujeitos enriquecendo sua visão com explicações sobre o que considera a patogenia dos microorganismos e a importância profilática da higiene. Ainda que tais noções de higiene em nada sejam exclusividade desse saber, e excluindo o autoritarismo típico da prática médica cotidiana hegemônica, nada aqui nos induziria receio quanto à relação dessa parte da biomedicina com os sujeitos. Isso é válido para os cuidados pessoais e os sanitários, no sentido do bloqueio dos meios de transmissão e contaminação mais freqüentes desse tipo de doença através de água, dejetos, animais, etc.

Outra grande parte dessa área preventiva diz respeito a profilaxias específicas, via imunização. Esta é uma parcela nobre deste saber, haja visto os investimentos nesta área frente a doenças consideradas transmissíveis (infecciosas), como a AIDS, por exemplo. Responsável por grande parte da legitimidade e do sucesso da medicina científica no seu embate contra esse tipo de doença, essa parcela de saberes e práticas é ambígua quanto à sua contribuição para o crescimento da autonomia dos sujeitos. Se, por um lado, esses saberes permitem a existência e a vida de muitas pessoas antes talvez condenadas a sofrimentos, seqüelas ou mesmo morte precoce, por outro lado eles remetem as pessoas à dependência estrita da instituição médica (via saúde pública), visto que ao cidadão fica atribuída apenas a submissão aos procedimentos tecnicamente determinados. Aí, a avaliação da potência e eficácia, a gestão dos riscos, a decisão e indicação dos procedimentos, a responsabilidade e competência para execução das ações ficam restritos necessariamente ao círculo técnico-científico e institucional, e muitas vezes aos desmandos políticos. Nesse sentido, em nada faz crescer ou instrumentalizar a autonomia dos sujeitos, pois todo poder, saber e capacidade estão alheios a eles. Aos cidadãos cabe apenas anuir o que lhes é prescrito, ou, às vezes, imposto. Na melhor das hipóteses, pode-se tentar enriquecer sujeitos tentando passar-lhes as razões pelas quais deveriam adotar o instituído, mas isso não chegaria nem perto do universo de incertezas, riscos, probabilidades, estatísticas, pressões políticas e circunstâncias que costumam nortear tais decisões (muito mais que comprovações científicas). Parece-nos, portanto, que aqui pouco há que se possa contribuir com a formação de sujeitos em saúde, embora se possa diminuir morbidades e mortalidades e assim prevenir doenças ou suas complicações e, possivelmente, salvar vidas.

Cabe agora tratar de saberes e técnicas de prevenção genéricos, relacionados a atitudes, costumes, alimentação, modos de vida, etc., sempre vistos sob o prisma específico das patologias (as “doenças dos médicos”). Aqui se reúnem o que podemos chamar de "orientações higieno-dietéticas". Não é necessário um detalhamento desse vasto universo, mas são inevitáveis algumas considerações sobre um aspecto que permeia o saber biomédico contemporâneo. Tal aspecto é o corolário da própria busca da medicina por um conhecimento científico, universal, no qual a separação entre o ser cognoscente e o conhecido é aceita e pressuposta. Com isso o saber médico científico divorciou-se da vida e da percepção pessoal,

cultural, social dos homens, ganhou um caráter técnico, esotérico e positivo, gerando um abismo entre o que sabem e podem saber o paciente e o médico - Santos (1982), discute essa cisão epistemológica entre saber científico e o que ficou chamado de senso comum.

Institucionalizado como ciência, vitorioso social e politicamente, o saber médico é sempre um saber sobre outrem, com características especiais. É um saber sobre o corpo (ou a psique), e mais ainda, é um saber sobre as doenças ou probabilidades e riscos de doenças do corpo alheio. E, além disso, ainda: é um saber que está além do próprio profissional que supostamente o domina, radicando-se na instituição "Ciência médica". Esse saber concentrou de forma espetacular sua fundamentação e seu poder numa instituição que é representada por um outro transcendente, alheio à pessoa doente, distante dela e inacessível.

Tendo sido seus objetos de atenção, como já discutido, reduzidos de sujeito doente a corpo doente, corpo portador de doença e por fim doença e seus riscos, o saber clínico-epidemiológico desconhece teórica e praticamente sobre a saúde e a vida dos sujeitos, as quais se transformaram para ele em medidas que instrumentos quantificadores e padrões de imagens progressivamente com mais precisão registram em termos de constantes e variantes fisiológicas e dinâmicas funcionais estabelecidas por padrões estatísticos e matemáticos em função de normas estabelecidas pelos métodos biomédicos.

O precedente é dito no sentido de contextualizar teoricamente uma óbvia mas ignorada constatação sobre os saberes profiláticos da biomedicina: a de que ela criou um fosso quase intransponível entre o sujeito e os conhecimentos sobre sua própria saúde-doença, entre o saber médico e o saber individual que na prática orienta as pessoas e ganha significado e valor diferenciado para cada sujeito, conforme as suas características pessoas, sociais, culturais e econômicas. Com isso, o saber profilático da biomedicina desligou-se da perspectiva existencial do sujeito doente, nada ou pouco dizendo ao mesmo que lhe faça significado vital e lhe remeta a processo de revisão valorativa própria, no sentido de abrir possibilidades de crescimento, ação e responsabilização em relação a si mesmo e seus problemas de saúde-doença. Como conseqüência, quase toda gama de saberes profiláticos mais ou menos bem estabelecidos por esta medicina ganham caráter de prescrições normativas e técnicas que não se integram ao universo de valores e significados vivenciados pelo sujeito doente. Assim, esses saberes envolvidos nas orientações

higieno-dietéticas e na prevenção e educação em saúde tornaram-se uma exortação descontextualizada do universo real da vida das pessoas e de seus valores, ainda múltiplos e diversamente ricos, ganhando na maioria das vezes um tom laconicamente monástico e asséptico que os transformam numa proposta tão pouco satisfatória e convincente quanto pouco operacionalizável e eficaz, por seu tom restritivo: não beba, não fume, não use drogas, durma bem, alimente-se moderadamente e variadamente, sem excessos, restrinja o açúcar, o sal, a gordura, faça exercícios regularmente, não se estresse etc. Como agravante, convém mencionar o tom ameaçador aterrorizante com que a biomedicina pressiona os doentes sob risco: no limite, é nada menos que a morte ou sérias complicações o que os espera se não se submeterem e cumprirem a prescrição.

Além disso, a situação da profilaxia neste saber se agrava pelo imbróglio valorativo e filosófico no qual ele próprio se encontra: destituído de espaço filosófico próprio (como de resto a medicina como um todo, devido a sua adesão ao modelo científico positivista que transformou esse espaço em debate metodológico[46]), é extremamente difícil amalgamar uma proposta de revalorização da questão saúde (vida) que possa articular o saber profilático acumulado pela biomedicina com o universo simbólico e cultural do doente. Talvez só o próprio mundo simbólico e ideológico da instituição médica oficial consiga essa façanha, onde tudo se resume à luta contra entidades patológicas - e seus riscos - instaladas no corpo do paciente. Essa luta é realizada pela biomedicina e aceita pelo doente, o qual vai cada vez mais incorporando tal perspectiva e cumprindo mecanicamente o prescrito.

Ficam assim tais saberes, perdidos, desamarrados e esdrúxulos em meio a toda um massa de técnicas, valores e ideologias que reforçam a dependência institucional, o consumo farmacêutico, de procedimentos e serviços especializados, a desvalorização da autonomia e de outros saberes ou valores próprios da cultura resquicial ainda não massificada do doente, ou de outras referências filosóficas ou culturais diversas. Na prática daí derivada, tais saberes acabam indo, então, na direção da abolição do que subsiste de autonomia nos sujeitos.

Apenas como ilustração, não se pode deixar de observar a esse respeito o

[46] A neutralidade e a linguagem científica supostamente assim o exigiu, sob a desculpa de afastar as especulações, mitos e argumentos metafísicos. Mas "tal neutralidade é mais metafísica do que a metafísica" (Adorno & Horkheimer, 1985, p.35).

campo de exemplos que os próprios médicos e mesmo preventivistas nos dão, corroborando o acima exposto. Observe-se a sua resistência e seu desdém pelo que seu próprio saber lhes diz e lhes ensina a impingir aos seus doentes: o índice de drogaditos e fumantes, o tipo de vida estressada que leva grande parte dos profissionais, o índice de suicídios da categoria e dos seus estudantes, a incidência de doenças crônicas e agudas entre os mesmos, a taxa de dependência da própria medicina e dos tratamentos "psi" , bem como o relativamente pequeno índice de autonomia e responsabilidade para com a própria saúde e a dos seus próximos, coisa que a sua formação médica, supõe-se, deveria lhes dar[47]. Nada mais exemplar sobre as características e limites desta parte do saber preventivo da biomedicina do que a vida daqueles mesmos que a tomaram como profissão.

A parte terapêutica da biomedicina e a autonomia

Com relação à parte terapêutica do saber da biomedicina, essa é a vanguarda da medicina, a que mais gera conhecimentos e técnicas (inclusive de prevenção). Hipervalorizada na sua potente e rápida ação de controle parcial de sensações, sintomas e sinais, ela “naturalmente” assume prioridade no saber e fazer em saúde nessa medicina. Ela desloca a atenção do profissional e do paciente para a doença e seu diagnóstico e tratamento, haja vista a grande extensão destes saberes (cada vez mais doenças e principalmente mais recursos diagnósticos).

O diagnóstico é uma categoria central na área do saber terapêutico da biomedicina. Primeiro porque ele e o ato de diagnosticar remetem ao universo propriamente dito do saber clínico-epidemiológico: a própria “ciência das doenças”. Segundo, porque é operação estrita do nível do saber, por mais tecnificado e industrializado que possa ser e esteja ficando. É ao nível do saber, da interpretação das situações de adoecimento que ele opera e tem eficácia, permitindo a articulação entre concepções, teorias e conhecimentos referidos à "teoria das doenças" com as propostas de intervenção terapêutica, dando-lhes significado e sentido nos termos desse saber. Terceiro, porque ele talvez seja uma das mais importantes categorias ou momentos no que tange à relação dos sujeitos com o saber da biomedicina, pois determina em grande parte a relação dos sujeitos (médico e doente) com os problemas de saúde-doença vividos, pertencendo simultaneamente aos dois

[47] É digno de nota o fato dos médicos em geral não tratarem dos seus filhos e familiares: procuram seus pares.

universos (sujeitos e saber médico). Se ele permite ao saber médico concluir e propor ações terapêuticas, e ao profissional executá-las, permite ao doente uma inter-relação com este saber e sua interpretação para a situação de doença vivida, reconstruindo, enriquecendo, negando ou desqualificando os saberes, significados, autonomias, etc. portados pelo sujeito doente.

É na direção do diagnóstico que se orienta o fluxo de operações cognitivas na biomedicina, e retomamos aqui brevemente este fluxo, para visualizá-lo na sua relação com a autonomia do doente, na abordagem biomédica do sujeito e sua história. Estes últimos serão metamorfoseados em história clínica e dados de exame físico, e posteriormente em hipóteses diagnósticas sindrômicas, fisiopatológicas, anátomo-funcionais e ou etiológicas, que orientam conforme o caso toda uma mobilização de técnicas mais ou menos intervencionistas cujo fim é a construção de um diagnóstico o mais preciso possível: a leitura médica da situação que via de regra opera ou tenta operar uma identificação cristalizadora e positiva de uma patologia no corpo e ou psique do doente.

O(s) diagnóstico(s) determinará(ão) o quadro interpretativo que o saber clínico-epidemiológico propiciará ao profissional de saúde, que este, então, poderá oferecer (se isto acontecer) ao doente como enfoque e explicação tanto para a situação do mesmo quanto para a intervenção terapêutica. Quando exitoso este processo, ele refere-se a uma "doença dos médicos", entidade mórbida de existência autônoma e natural, distinta do paciente e no seu corpo instalada, a ser explicada (em geral apenas nomeada) ao doente e eleita como alvo e objeto das suas atenções como inimigo a ser combatido e vencido.

Ora, aí operou-se pela via do saber, da interpretação, um movimento de focalização da atenção na doença, como entidade distinta e alheia ao sujeito. Operou-se um desvio específico do olhar, que deixou de lado a questão da vida do sujeito e do seu adoecimento, nas suas condições de existência social, ambiental, cultural, econômica, emocional, política etc., e apresentou as assépticas categorias, explicações fisiopatológicas e fatores etiológicos com que trabalha a biomedicina. Vale lembrar que tal saber funciona de modo auto-referenciado, ou seja, prescinde e mesmo ignora outras perspectivas ou variáveis de outras ordens que não as previstas dentro de si, que por acaso o paciente ou mesmo o profissional possam perceber e cogitar. Mesmo que o profissional as possa conceber ou notar, em geral não as poderá fazer interagir ou dialogar com a interpretação do saber clínico-

epidemiológico e as terapêuticas respectivas automaticamente traçadas pelo diagnóstico – afinal, uma patologia é uma patologia[48].

Convidado a aceitar a interpretação técnica do profissional, o sujeito em geral, se não houver grandes diferenças culturais entre ambos, o fará. Mas mesmo que haja relevantes diferenças culturais, como ocorre na maioria das vezes no Brasil, há um certo grau de sucesso parcial na apropriação pelo doente da interpretação médica, devido talvez ao "ganho secundário" que tal enfoque proporciona. É mais fácil olhar a doença isolada da vida e combatê-la, mais cômodo emocional, psicológica e existencialmente. É mais difícil olhar para o sujeito na sua vida real e seu adoecimento.

E mesmo que o saber médico aponte causas enraizadas na vida do doente, este, enquanto sujeito, praticamente não aparece: é apenas portador de fatores de risco, genéticos, ocupacionais, comportamentos de risco, etc., todas coisas que são do âmbito de sua vida como indivíduo mas que lhe ficam estranhas no isolamento e na objetivação biomédica, por mais seus que possam ser.

Além disso, ainda que os diagnósticos se façam muito vagos –sindrômicos ou apenas descritivos - operam um objetivação isolacionista e alienante do fato, alteração ou sintoma, que receberá intervenção supostamente local (especificamente dirigida), a qual tenderá a desviar a atenção dos sujeitos no sentido já apontado. Poder-se-ia citar um grande número de exemplos, de situações triviais a muito graves, onde sintomas que não podem ser enquadrados em categorias nosológicas específicas (o que facilitaria o desvio de atenção para a doença) permitem algo semelhante a esse enquadramento dado o caráter isolacionista e alienante da perspectiva da biomedicina e de suas intervenções terapêuticas.

Feito o diagnóstico, segue-lhe a terapêutica. Quanto às intervenções

[48] Na biomedicina, uma infecção é uma infecção, independentemente de ter sido desencadeada ou estar envolvida nuclearmente em transtornos ou vivências de ordem emocional, existencial, ambiental, etc. Poderá se estabelecer um segundo diagnóstico - de ordem "psi", em geral - com respectiva terapêutica, mas aí recaímos na dicotomia psique-soma. Muito freqüentemente, nem isso é possível: uma otite em lactente por "pegar vento frio" é apenas uma otite. Complicando o assunto: uma hipertensão "essencial" devidamente investigada e bem controlada quimicamente com anos de evolução é uma hipertensão: não importa se tudo começou especificamente pouco tempo após a perda de um ente querido e se tal "dor" persiste às vezes por décadas a ponto de desencadear prantos catárticos à segunda pergunta sobre o tema. Ainda que sejam tomadas providências tardias quanto ao problema emocional (diazepam?, psicoterapia?), a pressão alta será tratada independentemente, em paralelo a outras intervenções para "outros" problemas. Uma coisa fica claro: tais dicotomias e dilemas estão inscritos no saber.

terapêuticas biomédicas, podemos resumi-las em três grandes tipos:

1) Combate à etiologia e sua eliminação se possível. Esse caso é relativamente raro, exceto nas chamadas doenças infeciosas e parasitárias, onde se identifica um agente - um microorganismo ou parasita - como causa única da doença. Este tipo de atuação reproduz o reforça o movimento alienante já operado pelo ato diagnóstico, e nos parece desnecessário comentar a pobreza de tais práticas e saberes do ponto de vista estrito da formação de sujeitos, ainda que eles possam salvar muitas vidas (e o fazem, sendo uma das poucas áreas da medicina contemporânea onde os médicos ainda falam em cura - da doença! - sem mal-estar).

2) A intervenção nos mecanismos fisiopatogênicos ou na sua expressão, que se dá na grande maioria dos casos de doenças. Esse tipo de terapêutica é a grande massa de saberes, técnicas e procedimentos médicos usados nas doenças onde não se conhece um fator etiológico único. É usado nas doenças auto-imunes, endocrinológicas, reumáticas, metabólicas, circulatórias, proliferativas, crônico-degenerativas, funcionais, idiopáticas, etc. Tal tipo de intervenção se realiza, como o anterior e o que virá, por meio de três tipos de tecnologias: farmacológicas, higieno-dietéticas (já comentadas) e cirúrgicas.

Os dois primeiros tipos de tecnologias – farmacológicas e higieno-dietéticas - são mais claramente pertencentes a essa proposta de ação, que se caracteriza pela tentativa de controle ou supressão das cadeias fisiopatogênicas ou ao menos da supressão das suas manifestações clínicas mais perigosas e incômodas. Mas também as tecnologias cirúrgicas pertencem as esse tipo de intervenção, já que esses procedimentos referem-se a correções mecânicas morfo-funcionais, extirpação de partes ou órgãos acometidos ou limpeza mecânica do corpo, todos sendo referidos ao controle e correção de alterações patológicas, as quais por vezes confundem-se com suas manifestações. Assim, quando se corrige uma hérnia, extraem tumores, cálculos, varizes, etc., o que se faz é interferir em mecanismos fisiopatogênicos ou suas expressões (resultados) finais ou intermediárias. Todas as três tecnologias desse tipo de ação terapêutica padecem dos problemas do ato diagnóstico quanto à sua relação com os sujeitos e suas autonomias.

3) O combate aos sintomas é uma terceira proposta de ação terapêutica que merece destaque não por alguma especificidade própria, mas pela sua força econômica e cultural crescente, sua disseminação social e sua expansão ideológica tanto no meio

médico da biomedicina quanto nas populações e sociedades em geral, inclusive nos países periféricos como o Brasil. A rigor, este tipo de intervenção pertenceria ao tipo anterior, já que diz respeito à intervenção nos mecanismos semiogênicos para controlar a expressão de processos fisiopatogênicos subjacentes, muitas vezes desconhecidos. Mas a força cultural, simbólica, emocional (e também comercial e industrial), impõe que sejam categorizados à parte. A vinculação do combate aos sintomas com o saber médico é ambígua. Ela se dá pelo dever ético de sedar a dor e aliviar o sofrimento, como regra geral e arremedo de doutrina médica. Isso, no entanto, se confunde com o comodismo profissional médico e com o interesse comercial da indústria do ramo e sua propaganda. Além disso, confunde-se com a impotência do saber biomédico para se defrontar com queixas, sofrimentos e quadros mórbidos que não consegue enquadrar na sua grade classificatória nosológica. Tais sintomas são, provavelmente, a maioria do que lhes é relatado pelos pacientes. Não podendo dar sentido ou interpretação sindrômica satisfatória, ficando com pobres diagnósticos descritivos, o médico contemporâneo tem que recorrer a noções vagas de distúrbios funcionais e ou psicológicos de algum tipo, com os quais a proximidade do saber da biomedicina é pequena, bem como sua competência. Daí a válvula de escape da inibição de sintomas, largamente permitida pela tecnologia farmacológica, e eticamente sustentada pela obrigação de sedar e aliviar dores e sofrimentos. Doutra parte, mesmo quando se consegue definir diagnósticos, muitas vezes a terapêutica restringe-se ao combate aos sintomas. Tal tipo de ação terapêutica se esclarece mais se vista dentro do movimento contemporâneo, já descrito, de institucionalização e medicalização dos problemas de saúde, com profunda ação deletéria sobre o crescimento e a construção da autonomia.

Frente a estas duas categorizações (tipos de intervenção e tecnologias de intervenção) associadas à reflexão precedente sobre o momento do ato diagnóstico na biomedicina, com as quais esboçamos uma abordagem do lado terapêutico dessa medicina, faz-se inevitável um constatação que aponta para um quadro de pouca contribuição do saber clínico-epidemiológico para o crescimento da autonomia dos sujeitos. É como se o saber médico, enclausurado na sua redoma esotérica teoricamente científica, tendo saído da possibilidade da experimentação, experienciação e validação pessoal dos sujeitos para a esfera da Ciência, trabalhasse com o pressuposto da eterna permanência e cristalização da relação

médico-paciente em todos os casos individuais e mesmo em coletividades. A biomedicina supõe submissão e dependência progressivas na inevitável desigualdade inicial entre médico e doente, de saberes, mas também de poderes, legitimidades e autonomias para a assunção de responsabilidades no decidir e agir sobre os processos de saúde-doença.

Parodiando Habermas (1987), podemos talvez dizer que, com a cientifização e industrialização da medicina, o saber médico deslocou-se do “mundo da vida” e hoje pertence quase que exclusivamente à lógica e ao “mundo dos sistemas". E tal sistema médico se hipertrofiou, cresceu e se autonomizou de tal forma que padece muito fortemente das mazelas e características de outros sistemas (como o econômico): o desligamento do "mundo da vida" com sua colonização e empobrecimento; a ameaça e o real avanço do controle heterônomo da “mundo da vida” cotidiana; a “monotonização” dos valores e o fechamento das possibilidades de criação de novas experiências, significações e práticas em relação ao viver do adoecimento, sua interpretação e seu tratamento. Por fim, tal sistema dificulta a construção e o crescimento da autonomia dos sujeitos, pois eles, se podem ter e têm dimensões “sistêmicas”, estão claramente mergulhados e enraizados no “mundo da vida”.

Por outro lado, considerando as propostas sobre a contribuição dos saberes "psi" para a construção de uma clínica ampliada e inovadora, há que observar a validade e necessidade desse resgate, porém cuidando de notar que os estatutos das duas ordens de saberes - psíquicos e somáticos - construíram-se de forma separada. O diálogo entre esses saberes é pouco real e de interferência mútua: os caminhos do saber somático e do psíquico praticamente não se cruzam em muitos pontos, ambas processando suas histórias, diagnósticos e terapêuticas independentemente[49]. Certamente, o sujeito-paciente pode se beneficiar muito do saber “psi”, e indiretamente sua patologia "orgânica" e seus sofrimentos possam em muito melhorar, como efeito da eficácia de uma abordagem “psi”, com reflexos muitos positivos sobre sua autonomia. Mas nos parece enganoso supor que o enriquecimento necessário da clínica médica da biomedicina com esses saberes seja suficiente para transformá-la numa clínica emancipadora, transcendendo todos os nós críticos e dilemas históricos, culturais e conceituais por que passam as

[49] Clavreul (1983) discutiu a lógica auto-referenciada e totalitária do saber biomédico, pouco permeável às questões dos sujeitos, sob um ponto de vista “psi”, lacaniano.

concepções, os saberes e práticas em saúde da biomedicina na sua relação com os doentes[50].

[50] Vale ressaltar aqui um desses nós: a construção da "pessoa" moderna se dá diferentemente e heterogeneamente entre os grupos sociais, sendo que a "psicologização" do homem é uma construção cultural e simbólica localizada, ainda que em expansão. Muitas populações resistem a esse movimento, mantendo vivas formas de viver e sentir menos "individualizadas" e mais "relacionais", as quais por sua vez resistem à redução psicologizante e dicotomizante de "soma" e "psique", veiculada pelo saber médico e "psi". O fenômeno do *nervoso*, amplamente disseminado no Brasil e representando relevante demanda por atenção nos serviços de saúde, é um exemplo típico (Duarte, 1986, 1993).

Capítulo 3

A atenção à saúde e as representações sociais de saúde-doença na construção cotidiana da cultura

Introdução

No capítulo 1, discutimos o processo de medicalização social contemporâneo o qual está envolvido bidirecionalmente com a biomedicina e com a crise geral da atenção à saúde. No capítulo 2, vimos quão grande é e como se processa a influência alimentadora da biomedicina, mais no seu pólo de saber, sobre a crise da atenção à saúde e a medicalização social nos seus aspectos cotidianos do atendimento aos doentes.

Neste capítulo, refletimos sobre essa influência e seu "modus operandi" mais pelo seu lado prático, cultural e político: os atos e interesses dos médicos na atenção à saúde nos serviços públicos. Dentro desse tema amplo, e dada nossa perspectiva voltada para o cotidiano da atenção à saúde, adotamos como estratégia metodológica abordar dois aspectos relevantes dessa influência: 1) a ação biomédica na construção da cultura (e na medicalização social) durante a interação com os doentes na atenção à saúde; e 2) sua participação - pelos seus agentes sociais, os médicos – enquanto interesse e força micro-política poderosa[1] na conformação das culturas organizacionais e práticas institucionais de atenção à saúde (modelos assistenciais). Ambos são aspectos importantes da crise da atenção à saúde e do processo de medicalização social numa perspectiva micro-social e micro-política.

Num primeiro momento, abordamos o encontro profissional-doente analisando a interação das representações sobre saúde-doença tomadas com referência ao movimento de medicalização social que cresce e homogeneiza a cultura em saúde,

[1] Campos (1982) traça uma análise da importância e do sentido da participação política dos médicos nas políticas sociais de saúde, que, em linhas gerais converge com a nossa. No entanto, aqui a ênfase é sobre aspectos mais micro-políticos e cotidianos dos serviços.

gerando contraprodutividade e monotonia cultural. Aqui, buscamos vislumbrar as possibilidades (ou não) de comunicação e inovação das concepções e significações envolvidas na interação profissional-doente, na perspectiva da construção de uma cultura em saúde mais saudável para todos os profissionais, os doentes e as instituições.

Num segundo momento, discutimos alguns dos vários e contraditórios interesses que permeiam os médicos no dia-a-dia dos serviços, frente à missão essencial da cura e à disputa de interesses na arena micro-social e micro-política que são os serviços básicos de saúde, buscando formar um mapa de referências que facilite uma micro-análise política de serviços singulares e indicando pontos críticos a serem abordados na prática profissional e gerencial cotidiana.

Nossa reflexão restringe-se à atividade e aos interesses do profissional médico da rede básica. Apesar de considerarmos evidente que muitas das considerações a seguir se aplicam ao conjunto dos profissionais da atenção à saúde e a muitos ambientes organizacionais, fica por conta do leitor as adaptações necessárias para estender nossa discussão a outras categorias e ambientes profissionais.

A primeira discussão girará em torno da dinâmica dos encontros das representações sociais de saúde-doença portados pelos sujeitos envolvidos na atenção. O conceito de representação social, inicialmente proposto por Durkheim (1978), enfatizava a coerção do pensamento social sobre o individual: a representação social ou coletiva é uma realidade que se impõe aos indivíduos. O conceito sofreu transformações, sendo que, segundo Herzlich (1991), desenvolveu-se na direção de apontar o sentido construtivo da realidade que se opera pelas representações e do qual os sujeitos são também autores. Aí, um dos pontos de referência é o processo pelo qual uma representação social é um modo de pensamento ligado à ação, à conduta individual, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas. Outro ponto importante é a hipótese da “polifasia cognitiva”, isto é, a coexistência complexa, numa sociedade como a nossa, de discursos de origens múltiplas e funcionamentos diversos, fundindo-se, diferenciando-se ou excluindo-se segundo as circunstâncias. Herzlich (1991) conclui sua reflexão sobre o uso da categoria de representação no campo da saúde-doença, afirmando a fecundidade persistente dessa noção, em que pese seu limite principal, que reside “na generalidade do nível

de análise que a noção constitui" (id., p.31).

Minayo (1993) discute o tema concluindo que "as representações sociais podem ser consideradas matérias-primas válidas para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam a realidade" (id. p.174).

Perante nossos objetivos, não é necessária uma exaustão da discussão sobre a categoria de representação social. Todavia, cumpre diferenciar o contexto e os objetivos em que se insere este trabalho, muito diversos dos estudos da sociologia em geral, e que implicam privilegiar certos aspectos da questão. Sendo norteado por necessidades terapêuticas da atenção à saúde, o que buscamos, ao empreendermos uma análise do encontro de representações no atendimento médico relacionando-a com a cultura em saúde, não é estabelecer com grande rigor novas verdades teórico-sociológicas sobre o assunto. O mergulho na dinâmica das representações envolvidas na atenção à saúde, em que pese sua relevância sociológica e a necessidade de uma mínima correção metodológica, são para nós apenas meios, ou instrumentos, para uma melhor compreensão dos aspectos críticos ali presentes que possibilitem o enriquecimento da ação em saúde-doença.

Assim, usamos a categoria de "representação social", doravante mencionada apenas como "representação", num uso conforme nosso contexto e objetivos. Não podemos pensá-la como pura objetividade, facticidade social, independente dos sujeitos, pois isso nos desligaria de nosso objeto essencial, relacionado com o fato inexorável de que quem adoece e busca atenção ao problema de saúde são sempre sujeitos, indivíduos: o doente ou seus próximos. E o mesmo vale para o profissional ou a equipe que o atende. Se eles estão perpassados por uma socialidade prévia que trazem e realizam na atenção, e portam um "pensamento social" - já que seu próprio conhecer constitui-se socialmente (Fleck, 1986) -, não podemos pensar esta socialidade desligada dos indivíduos reais e singulares. Estes apresentam-se sempre cheios de diferenciações.

Os sujeitos individuais são (ou devem ser) os fins essenciais de qualquer atenção à saúde[2]. Ao mesmo tempo, não podemos desconhecer suas matrizes de

[2] Isso não implica que uma coletividade não possa ser objeto de atenção à saúde, e sim que esta ação, se não levar sempre em conta, se não estiver sempre ligada à realidade da vida desta coletividade e portanto dos sujeitos que a constituem, corre alto risco de degeneração ética, contraprodutividade, violência e opressão. Ou seja, perde sua razão e justificação de existência. Essa questão é relevante dada a tradição da Saúde Pública entre nós, a qual nos

pensamentos sociais, suas referências de ordem macro-cultural. Na interação social profissional-doente realizam-se, atualizam-se e reproduzem-se essas socialidades e pensamentos, mas também modificam-se, transformam-se ou não. Nessa interação entre diferentes e nessa possibilidade de transformação está em jogo a construção dos sujeitos, suas autonomias, seu universo simbólico, suas práticas em saúde-doença.

Nesse sentido, faz-se necessária um ênfase na perspectiva construtivista, o que nos faz aderir à hipótese da polifasia cognitiva, podendo com isso flexibilizar o uso da categoria de representação, aproximando-a do micro-mundo dos sujeitos e transcendendo seu limite de generalidade identificado por Herzlich (op.cit). Com isso, aproximamo-nos no uso da categoria de representação das construções ligadas à fenomenologia, como Schutz (1979), Berger (1983), Berger & Luckmann (1996) e, em certa medida, Goffman (1990). "É no plano individual que as representações sociais se expressam" (Minayo, 1993, p.172), mas também se atualizam, se transformam e se constróem nas interações sociais. É esse segundo aspecto que nos interessa neste momento.

Doutra parte, as ciências sociais têm estudado o universo das representações sociais das populações brasileiras e não podemos ignorar estas contribuições. Delas tantas, porém, interessam-nos as que contribuem especificamente ao exercício da atenção à saúde e sua missão terapêutica. Sob esse ponto de vista, tais contribuições se sobressaem particularmente no que tange à dinâmica da interação simbólica sempre presente na atenção à saúde[3]. Sintetizando muito essas contribuições, podemos dizer que os estudos sociológicos e antropológicos em saúde apontam duas perspectivas polares de enfoques das representações, porém não completamente antagônicas.

A primeira delas consiste de um pólo diferenciador que prioriza as alteridades culturais, "intra-culturais" e subculturais, as diferenças e, por vezes, contradições dos universos de concepções dos grupos sociais. Esse pólo aproxima-se mais de uma

---

leva a pensar e agir privilegiando a perspectiva macro-social, sob a égide "inquestionável" do objeto e de objetivos ligados ao "coletivo", que corre o risco de desligar-se dos sujeitos envolvidos, desembocando nos perigos aludidos.

[3] A noção de eficácia simbólica, contribuição fundamental dos antropólogos, e a busca de concretizá-la na atenção à saúde são pressupostos aqui assumidos e uma preocupação permanente neste trabalho, que se quer modesta contribuição no sentido da compreensão das dificuldades e complexidades deste desafio, e no sentido da discussão de estratégias de atuação em saúde. É desnecessário nos alongarmos a seu respeito.

abordagem antropológica de reconhecimento, valorização e estudo do outro como possivelmente diferente. A esse enfoque, que tende a perceber e enfatizar as heterogeneidades das culturas, concepções e representações, chamaremos daqui em diante de enfoque “heterogêneo”, na falta de um termo melhor, já que “heterogeneizador” seria longo e complicado demais.

A segunda perspectiva consiste do pólo que enfatiza e reconhece a continuidade cultural, o compartilhamento de valores e representações, o fluxo simbólico sempre existente de influências e representações entre grupos que coexistem numa sociedade complexa como a contemporânea, valorizando as semelhanças que unem e identificam esses grupos. Nesse caso, há uma tendência de valorização das homogeneidades, por assim dizer, de aspectos culturais que são salientados na sua dinâmica de aproximação, troca e compartilhamento simbólico entre os grupos sociais que coexistem na sociedade. Analogamente ao anterior, chamaremos doravante este enfoque de “homogêneo”.

No nosso caso, relacionado à atenção à saúde, isto poderia ser traduzido como o seguinte: um pólo privilegia as semelhanças, as continuidades, os fluxos de compartilhamento das representações, ou no mínimo, de comunicação (ainda que com uma decodificação que sempre ocorre) entre os doentes e os médicos. O outro pólo enfatiza justamente as rupturas, as dessemelhanças, as diferenças e os conseqüentes bloqueios comunicativos e disparidades culturais que também normalmente ocorrem entre profissionais e doentes.

Devido à importância dessa diferenciação básica num país como o Brasil, cheio de regionalismos e subculturas ainda muito ricas, convém exemplificarmos concretamente esses enfoques, a fim de deixá-los claros através de exemplos.

Como exemplo de uma abordagem localizada no pólo homogêneo dos enfoques das representações em saúde-doença, podemos citar o estudo de Ferreira (1995), intitulado “Semiologia do corpo”, onde a autora tece considerações etnográficas sobre a semiologia médica a partir de seu trabalho como médica e de entrevistas domiciliares com seus doentes, numa periferia urbana gaúcha. Seu objetivo é “demonstrar como os sintomas e os sinais fazem parte de **um** sistema de representações à medida em que **a** interpretação da doença se faz a partir de categorias cognitivas construídas socialmente” (Ferreira, 1995, p.89). A autora considera que:

> Quando os gestos de um ser humano adquirem sentido **comum**, ele passa a **compartilhar significados** com o seu semelhante. (id.,p.90)[referindo-se à consulta médica].
> As mensagens emitidas pelo corpo – os sintomas e o sinais – tornam possível que ambas as partes (médico e paciente) realizem **uma** leitura destas mensagens (...) a **um** significado de doença ou à ausência dela" (ibid.,p.93).
> Diante dessa perspectiva, a doença é **uma** construção social.(...) As metáforas usadas pelos pacientes muitas vezes são incorporadas no próprio discurso médico.(...) Da mesma forma, a familiarização com termos técnico-científicos de uso clínico e a aquisição de novas categorias de percepção do corpo pelos pacientes são o resultado do contato com o médico. Neste sentido me refiro a **uma circularidade** de saberes entre o médico e o paciente. (ibid.,p.102-3; grifos nossos, ressaltando a "homogeneidade").

Nessa vertente, médicos e doentes, dois grupos distintos, são considerados como tendo uma certa unidade, uma comunicação, uma homogeneidade suficiente de modo que seja possível que ambas as partes realizem uma leitura e partilhem de um significado de doença**.** Haveria um pano de fundo de pertinência a uma sociedade, que garante uma homogeneidade cultural suficiente para que ambas as partes se entendam, num equilíbrio tranqüilo, inclusive com circularidade de saberes[4, 5].

Fica evidente nesse enfoque a ênfase numa continuidade cultural, social e histórica. Tomada em aspectos gerais, essa continuidade permitiria, sem problemas evidentes, bloqueios comunicativos ou rupturas significativas relevantes, uma fluidez aproblemática nas trocas simbólicas durante a atenção à saúde biomédica.

Um exemplo localizado no pólo oposto ("heterogêneo") das perspectivas de

---

[4] Vale lembrar que a tese de uma "circularidade de saberes" entre biomédicos e doentes só é possível de sustentar se considerada em termos gerais, tempo grande e ao longo da história, e de forma desigual entre as partes.

[5] É claro que a autora reconhece a alteridade inerente ao par médico-doente em algumas passagens: "O paciente tem que traduzir suas sensações para o médico. Este, por sua vez, terá de retraduzir estas sensações de forma que elas possam adquirir significados de doença. Isso implica que podem ser entendidos diferentes significados entre médico e paciente quanto às interpretações da localização e intensidade dos sintomas, a natureza das enfermidades e demais representações de corpo envolvidas" (Ferreira, 1995, p..91); ou "o corpo doente porta significados sociais à medida em que sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas e estas sensações são feitas de acordo com referenciais específicos a estes dois pólos. A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma interpretação que procura determinada significação. Essa interpretação está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo" (id.,p.93). Mas tais diferenças não significariam maiores dificuldades ou obstruções ao fluxo simbólico da interação médico-doente. O texto deixa claro que considera que ambos chegam, sem maiores percalços, a uma leitura compartilhada.

enfoque das representações de saúde-doença é o estudo de Leal (1995), sobre as concepções sobre fertilidade de habitantes de uma vila popular de Porto Alegre. Leal (1995) queria ”buscar a lógica que ordena tais representações a respeito do corpo e da reprodução” e perceber a “autonomia das culturas populares no que se refere a modos de significação” (id.,p.15). Há matrizes culturais capazes de ressignificar e reordenar elementos culturais produzidos em outros grupos: “elementos são tomados do discurso médico mas tornados coerentes a partir de um referencial englobante, norteador de práticas cotidianas, que envolve uma visão de mundo e todo um sistema de representações sociais” (ibid.,p.15) peculiar à cultura popular. Averiguando a hipótese de que “a fertilidade e o sangue menstrual nas representações populares estão intimamente associados em termos de possibilidade de concepção” (ibid.,p.17) através de entrevistas, seus resultados são espantosos: 90% dos entrevistados fazem associação direta da fertilidade com o período menstrual.

Das suas entrevistas e de outros dados etnográficos sobre o assunto a autora percebe que “um sistema de crenças, disseminado e englobante, indica a associação direta entre fluxo menstrual e fertilidade, à medida em que ambos os processos são pensados como estados do corpo, estados úmidos e quentes e, como tais, propícios à procriação.” (ibid.,p.21). Tal sistema de crenças tem coerência interna e compreende várias práticas anticonceptivas, abortivas, de resguardo, dieta, etc., bem como dinâmicas vitais relativas à concepção, descritas pelo estudo.

Aí estava explícita a hipótese que se comprovou de uma maior alteridade a ser desvendada nos doentes, que estaria envolvida em bloqueios comunicativos e dissensos em ações de saúde particularmente relevantes.[6]

Note-se que este quadro é possível mergulhando-se num outro mundo, valorizando-se os aspectos diferentes do universo simbólico e cultural dos entrevistados, percebendo-se nele certa autonomia, em que pesem os fluxos e inter-influências das representações veículadas pela mídia e representações científicas com o universo cultural popular explorado (garantidos pela presença acessível do serviço de saúde, que havia no caso).

[6] A partir da pesquisa aspectos relevantes sobre a postura das mulheres do bairro entrevistado em relação à atenção à saúde reprodutiva são compreendidas: a pouca aceitação e o uso irregular dos anticoncepcionais orais, a rejeição ao DIU, a busca por laqueaduras e por cesáreas para viabilizar as laqueaduras, etc. São inúmeros os dissensos e desencontros deste tipo nos serviços de saúde, nas campanhas, nos atos educativos e terapêuticos dos serviços de saúde. É desnecessário estendermo-nos sobre a grande importância do problema.

Aqui, interessa-nos essa capacidade de reconhecer a alteridade e de fazer dela emergir um mundo que não estava exposto, não se manifestava, não participava do fluxo ou compartilhamento simbólico da atenção à saúde. Esse enfoque, típico e exemplar do que chamamos de enfoque heterogêneo, permite um maior e mais profundo reconhecimento antropológico do outro com suas diferenças. Tal reconhecimento de diferenças, possibilitado pelo enfoque heterogêneo, pode evitar desencontros e bloqueios comunicativos velados e permitir entender "inefetividades" daí decorrentes das ações de saúde.

Esses dois pólos de enfoque, como contribuição das ciências sociais à atenção à saúde, são ambos necessários, já que "é impossível isolar o pensamento médico das concepções, das representações, do imaginário da sociedade" (Almeida, 1996, p.61) ao mesmo tempo em que é impossível hoje ignorar as diferenças culturais entre profissionais de saúde, particularmente os médicos, e doentes, especialmente num país como o Brasil sob risco de sério bloqueio comunicativo, falência e ineficácia das ações em saúde. Resta-nos, apenas, enfatizar que nossa posição não é de crítica a um em favor de outro, mas sim de reconhecimento das duas perspectivas que, inclusive, podem e devem coexistir (nas investigações e na atenção à saúde).

Do ponto de vista deste estudo, podemos afirmar que é altamente desejável e necessário que os profissionais da atenção à saúde no seu trabalho cotidiano desenvolvam habilidades práticas o máximo possível no sentido dos dois pólos simultaneamente, pois a comunicação só pode ocorrer, e significados só podem ser trocados, "consensuados" e transformados, se ambos os aspectos se realizam na interação: um universo cultural comum (garantidor de identidade e cumplicidade) a ligar dentro de si dois universos diferentes, que podem se enriquecer e transformar justamente por serem diferentes, e por essas diferenças serem reconhecidas, respeitadas e aceitas. Noutras palavras: só concretizando no atendimento estes dois pólos pode haver eficácia simbólica e ao mesmo tempo enriquecimento cultural.

É precisamente neste ponto que chegamos a um impasse, um limite problemático e um desafio. Os profissionais de saúde na sua quase totalidade ignoram tais preocupações. Em geral, reconhecem a alteridade apenas como ignorância, atraso, falta de cultura[7]. E nessa lógica, trata-se de "ensinar", inculcar

[7] Vale lembrar que, até pouco tempo atrás, "enquanto o sincretismo religioso foi tomado como um elemento de riqueza e até de exemplo de "interacionismo simbólico", o sincretismo na saúde foi tachado como ignorância e

verdades científicas no povo, em práticas tão violentas e autoritárias quanto ineficazes. Estas práticas abundam nos serviços que realizam alguma "educação em saúde". O universo dos profissionais e serviços de saúde quase que ignoram as contribuições dos antropólogos e sociólogos na sua prática cotidiana. Além disso, o próprio saber e prática biomédicos dificulta tal diálogo, como vimos no capítulo 2 e se verá a seguir. No capítulo 4, retornaremos a esse ponto. Passemos agora às nossas discussões principais.

A interação das representações sobre saúde-doença na atenção à saúde

Quando uma pessoa é atendida por um profissional de saúde, cujo modelo típico é o médico, podem ocorrer muitas possibilidades de comunicação e interação entre ambos quanto à compreensão dos significados da situação do doente, seu adoecimento, sua doença, seu tratamento e, particularmente, quanto ao possível compartilhamento e enriquecimento mútuo das respectivas representações sobre saúde-doença.

Podemos dizer que há uma dinâmica e dialética relação entre, por um lado, o universo cultural dos doentes, tomado como universo de representações, significados, valores e práticas (em saúde), disseminado pela sociedade e, no nosso caso, trazido diferencialmente por cada doente, e, por outro lado, o do profissional, enquanto universo de valores, significados, práticas e representações disseminadas entre os profissionais de saúde dos serviços, formados em instituições científicas, o qual permeia e norteia em muito a sua atuação e o seu saber, também de forma variada.

As representações dos profissionais de saúde

Pelo lado do profissional de saúde, é fácil encontrarmos um núcleo básico hegemônico de representações que dominam o imaginário do médico e de seus

---

prática do populacho desinformado e sem conhecimento, que se deixava enganar por curandeiros, raizeiros, benzedores etc."(Barros, 1997b, p.4).

auxiliares. Não nos aprofundaremos aqui na fundamentação ou abordagem deste universo, já discutido no capítulo 2. Resgataremos seus aspectos principais, sinteticamente. Esse núcleo de representações, pode ser resumido em poucas proposições que operam como uma "teoria das doenças": as doenças são "coisas" que se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, as quais devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. Essas doenças são vistas numa perspectiva ontológico-localista externa à vida dos sujeitos. As causas das doenças são materiais, ou agentes etiológicos externos (teoria do germe), ou defeitos em mecanismos estruturais de órgãos do corpo. Tal imaginário se estende até moléculas e mesmo aos genes, e predomina quase absoluto, não sendo posto em questão até o momento na cultura médica pelas descobertas epidemiológicas que indicam o enraizamento das doenças no modo de viver (comportamento, trabalho, alimentação, emoção, etc.) dos homens e grupos sociais.

A ação em saúde é vista, assim, como, primeiramente, o diagnóstico de doenças específicas (no indivíduo ou em populações), levado à cabo por profissionais especializados. Feito o diagnóstico, *a doença* é tratada.

A terapêutica é vista como dirigida à doença específica e não ao doente, constituindo-se basicamente de quimioterapia ou cirurgia, sendo que a quimioterapia responde pela maior parte dos tratamentos em número e valorização. Depois, aparecem a quimioprofilaxia e prescrições de higiene corporal, dietéticas e comportamentais .

Assim, as representações dos profissionais de saúde, pela vertente de sua formação e legitimação científica, seguem o "padrão" acima discutido. Acrescentam-se a estas, e com elas convergindo, as representações da cultura em geral, adiante brevemente rediscutidas (item a seguir, sobre as representações dos doentes), já abordadas no capítulo 1.

Por fim, podemos adendar ainda uma terceira fonte de representações para os profissionais, qual seja, o resultado prático da interação desse imaginário, acima descrito, com a realidade do atendimento aos doentes, o qual é por sua vez angustiante e repleto de contradições e conflitos, pois grande parte dos doentes não se apresentam trazendo entidades doenças diagnosticáveis. Os médicos lançam mão, então, de artifícios básicos que ninguém pode questionar, e que se misturam

nas suas representações. Um deles é o uso de máximas que funcionam como obrigações morais do profissional, tipo *"sedare dolorum divinum est".* Ou seja, os profissionais devem aliviar o sofrimento dos doentes, o qual se traduz na prática em queixas e sintomas de todos os tipos que, então, passam a tomar o lugar das "doenças" e ser objeto de intervenção direta na busca de sua eliminação. Este projeto de combate à dor transcende as instituições médico-científicos, permeando toda a sociedade contemporânea, e surgiu de forma inédita na história das culturas. "A eliminação da dor, da enfermidade, das doenças e da morte é um objetivo novo que jamais tinha servido, até o presente, de linha de conduta para a vida em sociedade" (Illich,1975, p.123).

As representações dos doentes.

No momento atual da sociedade brasileira, cumpre observar um crescente e persistente movimento no universo da cultura em saúde das populações. Tal movimento é geral nas sociedades ocidentais, resumido no termo *medicalização social*, foi descrito por Illich (1975) - que enfatizou seus resultados culturais - e discutido no capítulo 1. Aqui enfatizaremos o processo pelo qual se dá no cotidiano da atenção à saúde nos serviços.

Esse movimento se caracteriza por uma homogeneização das concepções e práticas em saúde, as quais vão progressivamente se pautando por um mosaico ainda formado de representações tradicionais e populares oriundas das diversas etnias, religiões e subgrupos culturais do país junto a outras de onde se sobressaem com força cada vez mais dominante duas fontes (relativamente novas) de significados, valores e concepções: a mídia e a ciência.

A mídia trabalha através de si mesma, via disseminação dos instrumentos de comunicação de massa eletro-eletrônicos, particularmente o rádio e, principalmente, a televisão[8]. A ciência influencia através basicamente da mídia e do contato com os profissionais dos serviços de atenção à saúde, públicos ou privados[9]. É claro que os

[8] "A televisão é o principal veículo do que se pode chamar de *mass-midiatização* da subjetividade" (Chacra, 1995, p.177). Ver, a respeito do surgimento das massas e da sociedade de consumo: Baudrillard (1985,1991).

[9] Adotamos aqui a tese de Fleck (1986) sobre os círculos es(x)otéricos da ciência e as influências recíprocas entre a periferia exotérica e o núcleo esotérico da construção científica: na sua direção (expansão) centrífuga, constituindo-se na periferia mais longínqua da ciência exotérica, a ciência torna-se ciência de certeza, simplificada, dominada por "um grafismo emotivo que confere ao saber a segurança subjetiva do religioso e do evidente". "Ciência simplificada, gráfica e apodídica, tais são as características principais do saber exotérico"

significados e valores provindos dessas duas fontes são lidos e metamorfoseados à luz das variadas concepções que ainda permeiam as pessoas no seu dia-a-dia, mas é dispensável provar que estas fontes estão cada vez mais influentes e determinantes da cultura geral em saúde. Segundo Feyerabend (1991, p.10), trata-se de um fenômeno geral e internacional, independente das diferenças ideológicas, raciais e políticas e afeta um número cada vez maior de povos e culturas. Consta de um conjunto de opiniões e práticas uniformes que contam com o apoio intelectual e político de fortes grupos e instituições, que vem gerando uma "constante expansão do "progresso" e do "desenvolvimento" que é a difusão do comércio, da ciência e da tecnologia ocidentais". Dada a magnitude da expansão desse universo cultural e a profundidade de suas conseqüências simbólicas, em termos de homogeneização cultural, podemos nos referir a ele como uma cultura hegemônica[10] em saúde, a qual cresce e domina contemporaneamente parcelas cada vez maiores das populações brasileiras e parcelas cada vez maiores das representações e práticas de cada indivíduo.

Essa cultura hegemônica pode ser resumida em duas assertivas centrais, ao redor das quais giram outras representações: 1) o corpo funciona mais ou menos como uma máquina complicada, cujo funcionamento os médicos conhecem, se não de todo, logo conhecerão através do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Isso se estende ao próprio homem, onde a psique aparece como complemento dicotômico do corpo, com sua também complicada maquinaria psicológica; 2) as doenças são coisas que cabe ao médico descobrir, através do exame do doente e de exames sofisticados, e tratar através de remédios industrializados, injeções ou cirurgias. Quanto às chamadas doenças mentais, do comportamento, do "espírito", do "sistema nervoso", nessa perspectiva, são igualmente diagnosticáveis pelos especialistas, e tratáveis com fármacos ou (psico)terapias especializadas.

Esse universo cultural medicalizado se caracteriza por ser centrado num consumo de bens e serviços (no sentido que a economia dá ao termo) e de

---

(Fleck, 1986, p.165). Mas, em todo caso, é preciso que ressaltemos aqui, é da Ciência que se trata. Além disso, das obras de Feyerabend (1985, 1991), estudioso da ciência esotérica, pode-se demonstrar que as diferenças de conteúdo entre a ciência exotérica e esotérica, bem como possíveis diferenças de rigor teórico ou metodológico, não permitem distinção essencial entre ambas (cf., também, Fleck, 1986). Indo mais além, Latour & Woolgar (1997), a partir de um estudo antropológico de um laboratório científico de neuroendócrinologia, chegam a questionar até mesmo as diferenças entre a atividade científica e as atividades da vida diária de qualquer um.

[10] Usamos o termo "hegemônico" com sentido similar ao de "dominante", nos seus significados coloquiais: "1)Que domina, que tem autoridade ou poder; dominador. 2)Que domina, prepondera, influi, influente (...). 3) Que é mais geral, mais difundido, predominante (...)" (Ferreira, 1975, p.489).

dependência progressiva desses bens e consumos. Qualquer que seja a concepção de saúde ou de doença, fica claro na cultura medicalizada que a abordagem de qualquer transtorno da vida de uma pessoa pode ser interpretado como doença, e esta deve ser abordada como acima descrito; ou, cf. Chacra (1995, p.177): "A percepção de um *incômodo*, de uma *mínima desordem*, pode significar *necessidade* de medicina". Tal situação desdobra-se em infinitos aspectos no cotidiano das populações, como por exemplo na relação com a morte, na relação com o sofrimento físico ou mental, particularmente nos padecimentos emocionais ou nervosos, nas dores e nos sintomas físicos os mais diversos, etc.

Porém, afastando-se das populações mais "modernizadas" e urbanizadas, as concepções e práticas em saúde persistem múltiplas e ainda fortes, já que aí o poder dessa cultura monótona em saúde, talvez pelo menor contato, ainda não se impõe tão dominantemente. Mesmo nas periferias das grandes cidades ainda persistem grandes variedades de subculturas e representações em saúde-doença[11]. Nesses casos, que provavelmente constituem a maior parcela da população brasileira e, assim, dos pacientes atendidos nos serviços de atenção à saúde, está posta uma diferença cultural significativamente maior entre doentes e profissionais. Esta diferença é via de regra ignorada pelos serviços e pelos profissionais, pelas características de seu saber e seu imaginário já em alguns aspectos mencionados

Cumpre notar, sem entrar em explicações para o fato, a semelhança, a convergência, a mesma direção em que apontam a cultura hegemônica em saúde acima referida e o imaginário profissional da área, inclusive no que se refere a sua estrutura conceitual, a seus recursos de ação e a suas práticas. Os significados básicos, os valores vitais, o tipo de relacionamento com os problemas de saúde-doença propostos e praticados hegemonicamente nos dois universos são coerentes e convergentes; são mesmo afins. Isso está, certamente, no centro da importante polêmica sobre a "medicalização" da sociedade e sobre as relações da medicina com a indústria, o capitalismo, o comércio.

[11] Ver, por exemplo, os estudos antropológicos reunidos na coletânea organizado por Leal (1995). Ver também Costa(1978), Duarte (1986, 1993), Queiroz (1984).

A interação profissional-doente e a cultura hegemônica em saúde

No interagir de doentes e profissionais está sempre, pois, pairando no ar a pressão cultural hegemônica (leiga e científica) que é objetivista, consumista, medicalizante, alienante e assim empobrecedora da cultura em saúde. Ela exige imediata intervenção química para qualquer um dos infinitos sintomas ou alterações de sensações e funções do indivíduo, que já não tolera a mínima disfunção orgânica ou mental, e quer usar, manipular e abusar do corpo ao seu bel prazer, ou conforme necessidades de sobrevivência ou acúmulo econômico. Essa pressão não admite, na virada do século e com o "maravilhoso progresso da medicina científica", qualquer alternativa de abordagem aos problemas de saúde-doença que não seja a rápida demanda à instituição médica, exigindo propedêutica armada sofisticada e intervenção concreta imediata e eliminadora de sintomas, sensações e doenças (em geral química). Tal pressão, carregada de ansiedade e angústia[12], penetra em todos, médicos e doentes, ainda que ganhando matizes e se metamorfoseando conforme os pontos de vistas, situações institucionais e existenciais dos sujeitos, bem como conforme seu universo cultural e biografia individual.

Essa angústia pode se encarnar tanto no doente, quanto no profissional, quanto no seu entorno - no ambiente dos serviços de saúde e no ambiente social e familiar dos doentes e médicos. De qualquer modo, a pressão desses valores e concepções, interna ou externa à interação doente-profissional, interfere em muito no modo de interpretar, realizar e avaliar a atenção à saúde. Como já dito, essas são representações hegemônicas, as quais podem dominar mais ou menos amplamente o saber e o proceder do doente ou do profissional. Discutimos, a seguir, algumas das situações mais comuns dessa interação complexa, por vezes tida como uma caixa preta, que é a interação profissional-doente.

Dois sujeitos "padrão"

Quando essas características culturais em saúde e representações hegemônicas dominam de forma nítida bilateralmente os sujeitos da interação -

[12] Segundo o Novo dicionário da língua portuguesa (Ferreira, 1975), o termo "ansiedade" significa "estado afetivo caracterizado por um sentimento de insegurança" (p.103) e "angústia": "1) Estreiteza, limite, redução, restrição (...). 2) Ansiedade ou aflição intensa, ânsia, agonia. 3) Sofrimento, tormento, tribulação"(p.99). "Angústia", nos três sentidos acima, e "ansiedade" descrevem bem a pressão interna e externa sofrida pelos indivíduos adoentados numa cultura *medicalizada.*

chamados, por esse motivo, profissional “padrão” e doente “padrão” - não há conflito ou dissenso entre médico e doente, havendo comunicação mais ou menos fluida (ressalvados freqüentes problemas de linguagem) e podendo haver mútuo compartilhamento de significados. Isso ocorre em ambientes muito polarizados numa das culturas, como por exemplo em hospitais, em interações com profissionais especializados e super-especializados, e com pacientes de longo tempo de contato com a medicina científica. Ou, por outro lado, isso ocorre por coincidência de representações dos sujeitos (profissional e doente). Particularmente os doentes crônicos dos serviços públicos, como estratégia de sobrevivência física e psicológica devido às dificuldades permanentes e “violências” freqüentemente vividas na busca por tratamento nos serviços de saúde, nas intermináveis filas das especialidades e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, têm a tendência a absorverem as concepções características desta cultura hegemônica em saúde. Nesses casos, tem sido registrada uma transformação na identidade dos doentes no que tange à situação de saúde-doença. O paciente passa a se identificar com a doença (tipicamente: “hipertenso”, “diabético”) e relaciona diretamente o bom andar do seu tratamento com o processo (e a possibilidade) de peregrinação pelos serviços, agendamentos, exames, etc.. (Luz, 1998.). Uma situação que lembra a idéia de *carreira moral*, discutida por Goffman (1974, 1975) a respeito das mudanças na identidade de pacientes psiquiátricos institucionalizados e pessoas estigmatizadas. Podemos arriscar que nessa situação pode haver alguma eficácia simbólica (em geral anulada pela violência impositiva comum nesses ambientes, que via de regra desconsideram a subjetividade dos doentes), mas pouco ou nenhum enriquecimento cultural e promoção de autonomia.

Profissional “padrão” e doente “desviante”

Mais freqüente, porém, é a situação onde é grande a assimetria em termos de concepções de saúde-doença entre profissional e doente. Neste caso, várias são as possibilidades de interação, dependendo de diferentes fatores. Alguns merecem destaque: a interação depende de quanto a cultura em saúde hegemônica, seja a médica ou a leiga (já que ambas convergem), impera nos sujeitos envolvidos e como estes se conduzem na sua interação.

Supondo que o doente tenha algo do que poderíamos chamar seu referencial próprio (vinculado à religião, etnia, subcultura tradicional, aprendizado pessoal,

idiossincrasia própria, etc.), que lhe oriente e permita relativizar ou mesmo divergir em parte frente à cultura hegemônica e portanto, também, frente às representações médicas dominantes, o que é muito comum nas pessoas não institucionalizadas e com vida relativamente autônoma (sem doença crônica sob tratamento), isso significa uma alteridade cultural *a priori* entre os sujeitos da interação, caracterizando o que podemos chamar de doente "desviante", por referência ao seu desvio frente ao padrão cultural hegemônico.

Se o médico está imbuído fortemente, como é comum, das concepções médicas hegemônicas, isto é, for um médico "padrão", a interação poderá se dar sem diálogo substancial sobre as respectivas representações, no caso do não reconhecimento da alteridade pelo médico. Nesse caso, após breve escuta das "queixas" do doente, há um interrogatório objetivo por parte do profissional, em geral abortador de referências e mesmo sintomas vindos do universo de percepções e representações do doente que não fazem sentido enquanto informação útil ao profissional, seguido do exame físico e de uma exposição do tipo monólogo, rápida e explicativa, que sintetiza, em termos técnicos (em geral, ou, se não, simplificados) o diagnóstico, ou a investigação a ser realizada, e a conduta. A interação assim ocorre se se supor uma boa qualidade nessa atenção e uma boa educação do profissional: houve alguma escuta, interrogatório, exame físico e explicação sobre investigação, diagnóstico e conduta. Não se pode dizer que a maioria dos atendimentos ocorrem assim, pois, em geral, eles pecam por pouca qualidade técnica e menor, ou quase nenhum, fluxo de orientações. Porém a situação de alteridade descrita talvez seja muito freqüente, mesmo dominante até. E o que nos interessa é que aí há uma nítida influência da parte do profissional sobre o doente, em termos simbólicos. Ignorando a alteridade, impõem-se as representações e saberes médico-científicos (e outros) portados pelo profissional. Não havendo diálogo, desqualificam-se automaticamente e subliminarmente as queixas, sintomas, hipóteses e concepções do doente sobre sua situação; e consequentemente quebra-se o pacto relacional de cura com sacrifício da eficácia simbólica. Não havendo possibilidade de emergência das concepções do doente, impõe-se a força dominadora da legitimidade da ciência encarnada no profissional, a qual ressignifica, em muito, para o doente, as representações diferentes dele mesmo não reconhecidas e muitas vezes não ditas. Essa força se coloca ativa e congruente com a medicalização da cultura em saúde. É o profissional que encarna a pressão alienante e medicalizante da cultura

hegemônica; e a pressão se impõe pela força bruta da assimetria, pela legitimidade do poder, do saber e do fazer médico-científico dominante e suas representações.

Se, mantendo-se a alteridade citada e a aderência do profissional ao ideário médico dominante, mas este vindo a reconhecer esta alteridade, pode desencadear-se um outro tipo de interação. A depender de circunstâncias pouco controláveis mas muitas vezes previsíveis (bom-humor do profissional, tamanho da fila a ser atendida, compromisso com a aderência do paciente, tipo de pagamento do profissional, ambiente institucional, "status" hierárquico do profissional em seu meio, tipo de personalidade, posição social e econômica do doente, etc.), pode vir a se abrir algum espaço que permita a emergência de representações do universo do doente na interação.

Nesse caso existem três possibilidades básicas. Na primeira, o profissional escuta, na melhor das hipóteses pacientemente, o que não poderá encaixar no seu raciocínio fisiopatológico nem na sua grade nosológica mas ignora o problema suplementar de comunicação e significação introduzido pelo discurso do doente e sua alteridade cultural. O médico, assim, exime-se de oferecer respostas ou estabelecer diálogos sobre a questão, refugiando-se no monólogo médico e recaindo no caso do parágrafo anterior (ou seja, tudo se passa como se a alteridade não existisse, vigorando o monólogo médico e certa "violência" cultural).

Como segunda possibilidade, mais dificilmente, o profissional pode explicitar a alteridade, reconhecer a dificuldade de comunicação e de compartilhamento de significados e compreensões aí implicados, e restringir-se a expor para o doente (simplificadamente, supõe-se) qual a visão científica sobre a sua situação de doença, podendo, na melhor das hipóteses, assumir algumas ignorâncias médico-científicas e chegar no limite de apenas propor conjecturas explicativas, explicitando-as como tais: apenas conjecturas. Isto, é desnecessário frisar, é raríssimo, e envolveria uma humildade incomum, quase inexistente e mesmo talvez antiprodutiva, já que poria em risco a imagem do médico (e seu "status") em termos de poder e saber; poria em risco a legitimidade e a autoridade do saber médico encarnado no profissional, que o justifica não como um especialista (cf. Berger & Luckmann, 1996), mas como o especialista social na doença.[13]

[13] Outros especialistas sociais em saúde-doença, entretanto, não raro assumem suas limitações e ignorâncias frente a problemas do doente, remetendo-o a outros terapeutas, médicos ou não. A ânsia pelo monopólio da legitimidade social da biomedicina é bem difundida nos médicos, quase que impedindo-os de um tal

A terceira possibilidade seria o profissional assumir a tarefa de orientar e educar o doente com a "verdade dos fatos científicos", resgatando-o do "obscurantismo" das crendices populares e dando-lhe alguma "luz da verdade" científica sobre as doenças e o corpo humano. Nesse caso, assumindo a autoridade supostamente inerente ao seu papel pela cultura hegemônica, explicitamente desqualificará tudo o que não for "científico" nas representações, hipóteses e relações apresentadas pelo doente em sua visão e percepção das coisas que lhe acontecem. Tranqüilizará o doente quanto aos aspectos pouco inteligíveis ou explicáveis de seus padecimentos, com o famoso "você não tem nada", ou acionará a interminável seqüência de investigação diagnóstica; ou, mais provavelmente ainda, tentará resolver o problema com a receitação de sintomáticos químicos. Se o profissional portar uma "veia" professoral e tempo disponível, poderá praticar uma "educação em saúde" de forma tradicional e autoritária, tentando transmitir um pouco de "cultura" ao seu doente, uma vez que assim foi educado, via de regra, na sua escola profissionalizante.

É preciso notar que nesses casos, em que pese as suas diferenças, há uma homogeneidade dada pelos recursos práticos de ação disponíveis ao profissional. Independentemente de como tratará da alteridade reconhecida durante a interação, a proposta prática que dela resulta é a mesma: uma investigação diagnóstica objetiva (exames complementares, freqüentemente) para estabelecer a doença, um tratamento preferencialmente quimioterápico ou cirúrgico. Aí persiste a pressão cultural consumista encarnada pelo profissional, o qual age reforçando e gerando monotonia simbólica, alienação e dependência. Persiste ainda aqui o que poderíamos chamar de "violência" cultural, típica de praticamente todo ato profissional institucionalizado em saúde.

Como os casos acima expostos são a quase totalidade dos atendimentos profissionais na área da saúde, pode-se ter idéia da dimensão da participação e da responsabilidade dos profissionais de saúde na manutenção e ampliação da crescente hegemonia da cultura consumista e da medicalização da vida e da saúde-doença das pessoas.

---

reconhecimento de seus limites e de uma aceitação de outros terapeutas (não científicos) como legítimos e capazes, eficazes.

Dois sujeitos "desviantes"

Todavia, se o profissional diferencia-se por alguma profundidade científica ou filosófica, viés doutrinário, peculiaridade ética, concepção pessoal ou coincidência biográfica do imaginário médico dominante novas possibilidades culturais podem resultar das suas interações com os doentes.

Supondo que o profissional seja diferente do "padrão", o que é bem raro, e, portanto, não atue sistematicamente expandindo a cultura medicalizante, ele poderá encontrar doentes mais ou menos convertidos a ela.

Sendo o doente um sobrevivente ou "desviante" cultural não massificado, abrem-se possibilidades de compartilhamento de concepções, valores e significados distintos do "padrão". E, se ambos conseguirem se reconhecer nesta marginalidade e "se abrir" nas suas representações, angústias e concepções íntimas, poderá realizar-se um enriquecimento mútuo cultural em saúde. Nesse caso, ocorrendo a aceitação da legitimidade da situação do doente, de seu sofrimento, dos seus sintomas e angústias, de seu universo simbólico próprio e de suas representações, estão estabelecidas condições mínimas para uma possível reorganização desse universo e construção de eficácia simbólica.

Tudo isso vai depender, no entanto e dentre outras coisas[14], da capacidade do profissional re-significar seus instrumentos de trabalho materiais e intelectuais (recursos de propedêutica, exames complementares, conceitos e teorias sobre fisiologia, fisiopatologia, doenças e principalmente seus recursos terapêuticos – particularmente os fármacos). Isso para que não recaia, apesar de suas crenças "desviantes", no reforço prático da cultura dominante, ao manusear seus recursos de saber e intervenção da mesma forma que seus colegas, já que no âmbito de sua profissão são muito restritos os tipos de recursos bem valorizados de diagnóstico e tratamento, os quais estão já muito impregnados de significados bem estabelecidos. A possibilidade de enriquecimento vai depender também da possível heterodoxia terapêutica do profissional. Fica muito mais fácil transgredir o "padrão" e contribuir para criação de nova cultura em saúde se, no fazer, na prática, o profissional pode

[14] Convém observar que é possível que não só o imaginário da "ordem médica" (Clavreul,1983) seja totalitário e que não somente os biomédicos típicos ("padrão") comportem-se autoritariamente e "violentamente". Outros "tipos" de terapeutas o podem fazer. Mas, mesmo assim, se não forem filiados à biomedicina, sua própria condição marginal já os relativizaria na sua "violência", suavizando-a pela ausência da pressão cultural medicalizante e do monopólio da legitimidade oficial.

oferecer recursos distintos dos consagrados hegemonicamente com algum grau de significância e coerência simbólicas, e algum grau de eficácia prática sensível ao doente. Nesse caso, pode-se não só criar uma cumplicidade simbólica que mantenha a pressão cultural medicalizante externa à interação, no entorno institucional e social dos sujeitos, mas também reforçar os componentes subversivos dos mesmos, que serão imediatamente postos sob prova e pressão assim que acabar a interação. Aí, nessa minoria das situações de interação profissional-doente (já que são raros os encontros destes sujeitos marginais que se escasseiam cada vez mais) está realizado atendimento à saúde desejável, sem "violência". Aí, as alteridades têm lugar, e podem vir a se enriquecerem, ainda que isso não esteja garantido de forma alguma. Aí, a pressão da cultura de massa ficou fora da interação. Porém, apresenta-se, nesse caso, o desafio para o profissional de conseguir interpretações, significações e recursos práticos de tratamento coerentes, que permitam um agir terapêutico eficaz e que não recaiam no simbolismo alienante da quimioterapia/cirurgia voltadas para a doença específica (ou, mais comumente, para os sintomas).

Profissional "desviante" e doente "padrão"

Bem mais comuns, pelo grande número desses doentes, embora ainda raros, pela raridade desses profissionais, são os casos onde o profissional não massificado, diferenciado de seus pares, atende a pacientes muito contaminados pela angústia medicalizante da cultura em saúde hegemônica. Tais doentes não se satisfazem, em geral, com a abordagem qualificada desses raros profissionais, ainda que valorizem muito o respeito individualizante e a atenção diversa com que, nesse caso, podem ser tratados. Os doentes não conseguem sair da necessidade de um nome para identificar a doença e isolá-la da vida, de um remédio que a trate, de um sintomático que elimine os sintomas, de um exame que objetive a "coisa". O profissional, por sua vez, enfrenta sérias dificuldades, e a resultante cultural dessas interações vai depender de sua capacidade e habilidade no trato com os doentes. Em geral, o resultado será precário: o doente sairá insatisfeito por não ter sido bem tratado pelo profissional que não deu remédios ou não pediu exames ou não fez algo do que estava previsto na cultura hegemônica ou no ritual medicalizado esperado, e provavelmente não valorizará possíveis orientações e enfoques interpretativos diferentes recebidos, rejeitando possíveis terapêuticas heterodoxas propostas.

Refugiar-se-á tal doente em outro profissional mais “padrão” (se tiver acesso a algum), que lhe reforçará sua expectativa já medicalizada.

Ou, de outro modo, o paciente sairá do atendimento satisfeito com o bom profissional, que não só o tratou muito bem como descobriu o que tinha, ou pediu tal exame, ou lhe receitou um remédio. Aqui, não se pode saber *a priori* se o vínculo formado e alguma eficácia simbólica aí funcionante poderão mobilizar o doente, num futuro próximo ou remoto, no sentido do enriquecimento cultural em saúde, para além do alívio humano do ritual dominante cumprido e do possível alívio propiciado por um sintomático químico. O mais provável, porém, é que os possíveis elementos inovadores desta interação se diluam no reforço prático e psicológico dos rituais e representações hegemônicos, onde a resultante final será novamente o reforço da medicalização e alienação dos doentes. A situação é mais favorável se, além dos rituais medicalizados esperados, o profissional desviante consegue incluir e valorizar terapêuticas outras, prática e simbolicamente diversas, o suficiente para que o paciente se envolva com elas e as experimente: caso sinta alguma eficácia perceptível, então isso ajudará na abertura do imaginário medicalizado e alienado em saúde.

Nesse caso, há uma nítida mudança de papéis nos sujeitos da interação. Quem encarna aí a pressão consumista da cultura de massa é o doente e este pressiona fortemente o profissional a que cumpra com os rituais e mesmo com os desejos medicalizados do paciente. Se o profissional “desviante” cede e se enquadra no papel proposto, independentemente de isso ser uma estratégia consciente, uma convicção momentânea que o faz convergir com o “padrão”, uma cessão ritual para manter a cumplicidade simbólica ou para criar um vínculo, isso pode ser uma franco reforço da cultura medicalizada. Mas a possibilidade de mobilização de componentes subversivos inertes no universo cultural do doente, ou de germinação desses componentes a partir da interação, está sempre presente, principalmente se a interação puder ter alguma continuidade, algum aprofundamento relacional, alguma terapêutica simbólica e empiricamente eficaz. A concretização dessa possibilidade constitui-se em desafio maior para todos os profissionais de saúde que têm contato com os doentes nos serviços, e para os gestores desses serviços.

É importante ressaltar, neste momento, que os profissionais de saúde em geral, sempre considerando a si mesmos diferenciados e não massificados, reclamam para si a rara situação descrita por último – de profissionais “desviantes” -

e se defendem justificando seu desempenho rotineiro medicalizante com o argumento de que é a cultura dos pacientes que os pressiona a agir do modo "padrão" . São tristemente caricaturais e verazes as anedotas médicas a respeito, como aquela que descreve a consulta onde o doente já vem com as hipóteses diagnósticas, os exames complementares e os medicamentos "na ponta da língua". De fato, tal pressão cultural se encarna muito nos doentes, e esta verdade não se pode ocultar. Restaria discutir se o outro lado, o profissional, é tão diferenciado como em geral ele se considera, ao assumir esse caso particular (profissional "desviante" e doente "padrão") como o seu. E se o for, restaria discutir os difíceis desafios e estratégias de abordagem da massa de doentes que realmente pressionam por consultas, drogas, exames etc. A isto nos dedicaremos no capítulo 4.

Deve ficar claro que as tipologias acima esboçadas são um esforço analítico-descritivo para traçar um mapa de referência para as infinitas situações de interação micro-social entre profissionais de saúde e doentes, sem grande rigor de conceituação e buscando uma perspectiva dinâmica. É claro que os sujeitos não se encontram estaticamente em nenhum dos tipos descritos, nem as situações possíveis de interação ou seus desdobramentos ocorrem exatamente como descrito ou se esgotam no que foi discutido. Os sujeitos e as interações, e mesmo uma mesma interação, podem ao longo do tempo transitar pelos tipos descritos e entre eles. No entanto, esta tipologia nos permite situar no campo complexo da cultura e das representações sobre saúde-doença, no universo micro-social dos serviços de atenção à saúde, frente ao avassalador movimento de massificação, consumismo, alienação e empobrecimento dos significados e saberes sobre saúde-doença, inclusive internamente à ciência médica. Este movimento vem gerando uma monotonia ideológica no mínimo preocupante na cultura geral em saúde, reforçando a medicalização social, sem falar nas "violências" e dissensos entre profissionais e doentes.

A assimetria de influências

Tendo esboçado uma tipologia das interações profissional-doente referenciada na cultura em saúde medicalizada, e discutido brevemente a dinâmica complexa das relações entre os universos de representações dos sujeitos frente ao enriquecimento cultural em saúde ou ao reforço da perspectiva dominante, vimos que situações problemáticas ocorrem sistemática e quotidianamente nos serviços de atenção à

saúde. Aqui, uma dinâmica micro-social se desenrola predominantemente no sentido de reforçar a cultura em saúde hegemônica ou, muito mais raramente (ou mesmo apenas potencialmente), no sentido de inovar e enriquecer os valores e representações dos sujeitos, conforme as várias possibilidades de posicionamento e aderência dos indivíduos à cultura medicalizada, sua posição, seus recursos e estratégia na interação.

Entretanto, em qualquer que seja o caso, devido à monotonia simbólica das representações do saber médico-científico, à sua estrutura teórica e conceitual, ao totalitarismo do saber da "ordem médica" (Clavreul, 1983), à sua posição social privilegiada associada à verdade (sob o manto da ciência) e, principalmente, à assimetria óbvia de poder e saber entre os sujeitos da relação profissional-doente, particularmente médico-doente, um movimento interacional específico é sempre fortemente presente. Este movimento impera, "dá o tom" nos significados socializados e em jogo na quase totalidade dos atendimentos à saúde, sobressaindo-se do universo de possibilidades antes mencionado e permeando todas elas.

Ele pode ser resumido no seguinte: há um fluxo fortemente **a**ssimétrico de mútua influência simbólica nas concepções e representações dos sujeitos envolvidos na atenção à saúde. Esta assimetria privilegia a influência que vai do médico para o doente. Ou seja, em qualquer medicina ou relação terapeuta-paciente, está pressuposto, aceito e socialmente desejado que as representações do terapeuta (profissional) sejam mais amplas, mais profundas e supostamente mais bem fundadas que as do doente. Assim as representações dos médicos podem absorver, re-significar, ampliar e enriquecer as concepções do paciente, mudando-as ou reforçando-as em um ou outro aspecto, mais ou menos amplamente. Ora, isso evidentemente se desenrola nas interações entre profissionais de saúde dos serviços e doentes, por mais laicizados e questionados que possam ser estes profissionais e tecnificados sejam seus saberes. É preciso resgatar que por trás destes profissionais está a autoridade da Ciência, a instituição que no ocidente buscou e conseguiu solapar da autoridade religiosa e tradicional a legitimidade social para estabelecer o que é ou não verdade. Hoje, é o médico o personagem que recebe a investidura de poder que sanciona uma diferença, "fazendo-a existir enquanto diferença social, conhecida e reconhecida pelo agente investido e pelos demais" (Bourdieu *apud* Luz (org), 1997, p.86). Essa dimensão de legitimidade e autoridade é sempre mais ou menos buscada e reconhecida na sociedade e pelos doentes, ainda que em muitas

vezes não se expresse claramente ou se obscureça frente à reação dos doentes “mais rebeldes” e intolerantes aos costumeiros maus tratos a que são submetidos nos serviços de saúde, ou ainda que o tipo de relacionamento profissional e institucional com os doentes dificultem fortemente essa legitimidade.

É necessário, assim, ressaltar que o profissional está permanentemente em posição privilegiada quanto ao encontro de suas representações com as do doente, queira ou não queira.

Além disso, o fato de que particularmente a medicina científica sempre assumiu postura política de luta pelo monopólio da verdade nas questões de saúde-doença, o que está introjetado profundamente no agir dos seus profissionais, vem a aumentar a arrogância pura e a “violência” cultural frente a representações diversas (tidas como populares, supersticiosas, místicas, religiosas, crendices ou qualquer outro adjetivo preconceituoso, pejorativo e desqualificador que se queira). Isso complica ainda mais a dinâmica das interações profissional-doente.

Mas a posição privilegiada, se é um risco e em geral funciona como geradora de medicalização, é também uma responsabilidade muito séria e pode ser um valioso instrumento de transformação da cultura dominante em saúde. Certamente, tal poder investido no médico não será o maior protagonista de mudanças tão necessárias na nossa sociedade no setor saúde. Mas, se não é suficiente, sem dúvida é necessário para que os serviços e profissionais de saúde possam sair do círculo vicioso de serem produtores e reprodutores da cultura dominante, e então contribuir mais realmente no âmbito micro-social para a melhoria da saúde dos doentes e de sua cultura em saúde.

Além disso, a grande responsabilidade e poder que o profissional de saúde exercita no cotidiano da atenção, influenciando as concepções dos doentes, são potencializados e amplificados pelo fato de que a doença, os sintomas e a situação de busca de atenção heterônoma significam, via de regra, uma crise no sistema de crenças e representações do doente, no seu universo simbólico, e na capacidade de ação autônoma do mesmo.

Ou seja, se o doente sempre carrega em si um cabedal de saberes e potências de ação para prevenir e cuidar de seus problemas, em geral isso foi

insuficiente, falhou, e daí a demanda de atenção[15]. Portanto, a situação em si do adoecimento e sofrimento é uma situação propícia a questionamento e reformulação do cabedal da cultura em saúde do doente. É como se ele, "não dando conta do recado", gerasse internamente um vazio de significados e uma necessidade de preenchimento desse vazio, a orientar ações de saúde autônomas ou a busca de ações heterônomas. No caso destas últimas, tal vazio, é claro, é altamente angustiante, e uma situação de grande fragilidade, onde o cuidado e a solidariedade do profissional são sempre pressupostos e esperados. Mas, por isso mesmo, é um momento de maior abertura para novos valores, saberes e significados, que podem reforçar o cabedal anterior, transformá-lo, ampliá-lo, etc..

O vazio de significado, assim, amplia e multiplica a assimetria de influências recíprocas entre as representações dos doentes e dos profissionais, para os quais (médicos) convergem várias linhas de força, de poder e legitimidade para a definição dos símbolos de fundo e significados a darem sentido e interpretação para o adoecimento, a doença, o tratamento etc. A vertente vaga do *status* de um especialista social nos problemas de saúde; mais a legitimidade de ser um especialista médico-científico (tomando-se a Ciência como religião da modernidade); mais a filiação involuntária à estirpe antiga dos sacerdotes – devido à manipulação e significação das situações limites da existência humana: nascer, morrer, adoecer, etc.; mais o vazio de significado do doente, ou, ao menos, a carência deste de um apoio social, no caso, especializado, seja para reafirmar suas crenças e representações básicas, seja para reorganizá-las, mudá-las (enriquecendo-as ou não); mais a cultura em saúde hegemônica, enfim todas essas forças convergem para reforçar o delicado e poderoso papel que o profissional da atenção à saúde cumpre ao atender um doente. E, é claro, atestam a imensa responsabilidade ética, filosófica e política que o profissional tem na construção da cultura em saúde dos doentes e na viabilização da eficácia simbólica, sob pena de cometer, o que é comum, violência e iatrogenia simbólicas[16].

---

[15] Ou, como às vezes acontece, tal cabedal nem é acionado devido à pressão cultural medicalizante: o próprio doente desqualifica-se e ao seu saber como potentes para alguma auto-atenção à saúde, buscando diretamente recurso profissional médico.

[16] Um exemplo de tal responsabilidade e poder médico sobre os doentes encontra-se nas pesquisas de Luz ((org.)1997)): trata-se do agravamento das condições de saúde dos doentes devido ao efeito do poder investido na figura do médico que sucede ocorrer através de silêncios, do não olhar e não tocar na relação com o doente, cujo "reduzido ou inexistente diálogo conduz o paciente ao cultivo da desconfiança, medo e dúvida em relação ao seu estado de saúde" (id.,p.85), induzindo o mesmo a transitar precocemente suas representações de si mesmo e sua doença para o pólo do *ser doente* (condição negativa, estigmatizante e irreversível) em contrapartida ao pólo

Mas, para um exercício responsável deste poder inevitável e desta grande responsabilidade, os profissionais da saúde teriam que aprender a melhor se defrontar, no cotidiano de sua prática, com os universos de representações dos doentes, sem violentá-los culturalmente.

Uma contribuição nesse sentido é dada, como vimos, pelos saberes das Ciências Sociais. Mas isso significa, para os profissionais da atenção à saúde, no âmbito do seu saber e das respectivas disciplinas acadêmicas, um confronto e um diálogo com os cientistas sociais em saúde, para alguma apropriação de suas ferramentas teóricas e conceituais, seus pontos de vista e seus saberes, ou, ao menos, do "espírito da coisa" envolvido na relativização das próprias representações e no reconhecimento da alteridade e possível propriedade das representações alheias, particularmente dos doentes[17]. Tal aprendizado seria útil no reconhecimento das questões e desafios envolvidos na construção da eficácia simbólica no contexto da biomedicina. Isso seria muito frutífero como ponto de partida para a construção de uma nova prática profissional em saúde, menos "violenta", que aumente a autonomia dos sujeitos, diminua a contraprodutividade das ações de saúde e melhore sua eficácia e efetividade.

Por fim, o trabalho na área da saúde hoje, seja de atenção, seja de investigação, não pode mais prescindir de referências claras ao contexto sociocultural por que passamos neste fim de século. A cultura hegemônica em saúde, na ciência médica, na mídia e nos valores disseminados nas populações, cada vez mais estão se homogeneizando em torno de uma lógica de consumo, de dependência, de alienação, de massificação.

Se, sob um ponto de vista histórico longo e cultural macro, há sempre correspondência entre as representações médicas e as da sociedade, isto não pode ser mecanicamente aplicado ao universo micro-social contemporâneo, de forma

---

oposto de *estar doente* (condição positiva, comum e reversível), sendo um exemplo típico desse processo a indução do estado do *nervoso* [sobre o *nervoso* ver Duarte, 1986, 1993]. "Os médicos, sem saber e sem querer expressamente, agem sobre o real – o paciente e sua vida – agindo sobre a representação do real que o indivíduo constrói. A falta de percepção desta dimensão simbólica às vezes pode ser fatal para certos pacientes"(Luz, op.cit.,p.86). Este processo, ocorrido devido ao mau uso do grande poder deste agente social, é denominado de iatrogênica simbólica. A violência simbólica também é decorrente do déficit comunicacional comum na biomedicina, onde o "flagrante desprezo institucional médico pela subjetividade e pelo corpo dos pacientes" prejudica a eficácia das outras partes constitutivas do atendimento. E "ao invés de reorganizar o universo do paciente, o médico desorganiza ainda mais este universo através de sua postura de desprezo ou mesmo de autoritarismo invasivo" (id., p.94).

[17] Mas também dos demais "curadores" da sociedade, seus parceiros, com os quais poderia trocar muito.

dogmatizada nem funcionalista. Não podemos perder a perspectiva crítica e nem devemos nos resignar perante movimentos culturais fortes que apontam horizontes lúgubres, ainda mais sabendo que participamos ativamente, queiramos ou não, como agentes privilegiados desses movimentos, seja como profissionais de atenção à saúde, seja como pesquisadores da área.

Nesse sentido, está posto o desafio de gestar novas idéias e experimentar estratégias de geração de sujeitos cada vez mais "desviantes", particularmente os profissionais da atenção à saúde, pois estes têm um "status" privilegiado de acesso aos pacientes e de influência nas representações dos mesmos. A difusão da crítica, do reconhecimento dos limites, problemas e conseqüências da concepção dominante em saúde-doença, tanto da cultura em geral como do imaginário médico-científico, se não é suficiente, é estritamente necessária para que mais e mais espaços de "desvio" e sujeitos "desviantes" possam construir novas formas (e resgatar antigas) de atenção autônoma a heterônoma à saúde.

Ainda que os determinantes sócio-econômicos fundamentais, as mudanças culturais de maior alcance e a escala temporal das transformações macro estejam pouco visíveis enquanto pertencentes ao alcance do exercício cotidiano da atenção à saúde nos serviços, é preciso enfatizar que uma chance que temos de construir um futuro melhor para a saúde de nossa sociedade (nossos contemporâneos e descendentes) é assumirmos o desafio de revolucionar o cotidiano do trabalho micro-social da atenção (e da pesquisa) em saúde-doença, aqui e agora. O ambiente dos serviços de saúde, onde os profissionais já chegam (de)formados pela cultura em saúde hegemônica, pela formação acadêmica e pelo mercado, ainda que seja por certo impotente para mudanças de larga escala, é o local de realização do trabalho de atenção à saúde público e de influência privilegiada no mesmo. É também local de exercício da influência dos profissionais em saúde sobre os valores e concepções em saúde-doença das populações. E por fim é um local privilegiado de vivência dos próprios profissionais, onde eles podem reforçar sua formação prévia (o que têm ocorrido em geral) ou aprender a se questionar e construir um profissionalismo "desviante", no cotidiano de seu trabalho. Não é, então, ali, no conflitivo e conturbado serviço de saúde que está um dos germes das mudanças? Não é ali onde devemos "arregaçar as mangas e pôr mãos à obra", tanto em termos de inventar novos tipos de saberes e práticas de atenção à saúde, como novas tipos de organização do trabalho, educação e re-formação profissional?

Se assim for, cumpre indagarmos quem são e o que querem estes profissionais, particularmente os médicos. Isso nos leva à segunda parte desta reflexão.

Os interesses dos médicos nos serviços públicos de atenção à saúde

Os médicos são sujeitos humanos concretos imbuídos de interesses diversos, que estão inseridos junto a outros tantos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde. Pode-se dizer que há vários grupos de interesses envolvidos no simples e cotidiano atendimento de uma pessoa num serviço público de saúde, conformando-o determinando-o, condicionando-o. Alguns deles precisam ser reforçados para que a qualidade da atenção *melhore*, enquanto outros precisam ser controlados e ou limitados.

Esses grupos de interesses podem ser expressos mais ou menos explicitamente, e podem ser portados mais ou menos conscientemente pelos agentes envolvidos na atenção. Eles influenciam as expectativas, os comportamentos, as posturas, as falas, as satisfações dos agentes e mesmo o resultado do atendimento de forma muito diferenciada, para cada paciente, cada profissional e mesmo para as mesmas pessoas ao longo do tempo e conforme várias circunstâncias. Análises dessas constelações de interesses podem ser muito úteis para vislumbrarmos nós críticos problemáticos, bem como diretrizes gerais de atuação gerencial e profissional no cotidiano dos serviços[18].

Um primeiro grupo de interesses é constituído pelos interesses do paciente que busca atenção para problemas de saúde, de seu próprio ponto de vista. Um segundo grupo é formado pelos interesses do profissional que o atende, ou da equipe de profissionais. Um terceiro, pelos interesses da instituição, consubstanciados nas políticas governamentais e institucionais locais. Um quarto grupo vem dos interesses dos demais indivíduos demandantes ou potencialmente demandantes do serviço (a fila ou a população usuária). Todos esses grupos exercem forças diferenciadas nas realidades dos serviços. Da interação dessas

[18] Uma outra análise de questão correlata, convergente com a nossa, mas com um outro viés de enfoque, pode ser encontrada em Merhy, 1997d, na qual, em parte, nos baseamos.

forças, sob um ponto de vista micro-político, conforma-se o modelo assistencial *praticado* localmente (também moldado por forças e características culturais, geográficas, sociais, urbanas, político-institucionais, econômicas, etc., variáveis em cada caso).

Mesmo sendo tal agrupamento em parte arbitrário, e sua dinâmica no andamento real dos serviços infindavelmente múltipla e variável, justificam-se algumas considerações sobre um desses grupos com o fim de elucidarmos nós críticos que permitam a elaboração de propostas de diretrizes gerais para o enfrentamento de dilemas da crise da atenção à saúde: nosso foco serão os interesses cotidianos dos médicos.

É preciso esclarecer que o que segue não pretende ser uma análise de todos os interesses dos médicos, nem mesmo numa dimensão micro. Pretende apenas propor uma reflexão organizadora de alguns importantes e típicos interesses cotidianos desses profissionais. Eles são muito influentes na qualidade da atenção à saúde e mesmo na organização dos serviços públicos, necessitando por isso tematização e debate. Ainda é imperativo ressaltar que o segue não se esgota em si mesmo, carecendo, portanto, de outras dimensões de análise (micro e macro), seja de outros interesses importantes, seja de outros fatores envolvidos, para poder contribuir para o estabelecimento de estratégias e de ações visando a melhoria da atenção à saúde. No entanto, dado nosso enfoque geral voltado para a dimensão micro, dada a sua relativamente pouca tematização, dada sua importância e interveniência no "fazer" profissional biomédico em saúde, que comporta elevada homogeneidade no Brasil contemporâneo, acreditamos justificar-se a nossa reflexão.

Antes de entrarmos na discussão principal, e para estabelecermos uma referência inicial importante, introduziremos como ponto de partida alguns básicos interesses dos doentes e, a seguir, restringiremo-nos ao universo dos interesses dos médicos (os mais requisitados terapeutas no cotidiano dos serviços).

Os interesses dos doentes

Podemos considerar que os doentes trazem alguns interesses que são facilmente identificáveis, cuja realização quase sempre não é inteiramente

conseguida e a satisfação total também não é automaticamente desejável. Vamos a alguns deles.

Um interesse dos doentes, geralmente, é a possibilidade de acesso rápido à atenção, o que implica em existência de serviços e profissionais terapeutas. Isso ainda implica em existência de atenção “suficiente” para viabilizar uma mínima rapidez entre a procura e o atendimento, de modo a permitir o acesso. Esse interesse, admitindo a idéia de que a atenção à saúde institucional é universal e deve ser prevista a todos, obviamente deve ser respeitado e garantido, o que o leva a estar no topo da lista dos interesses a serem satisfeitos nos serviços de saúde públicos. É a razão da existência desses serviços.

Outro interesse comum dos doentes é que a atenção seja de boa qualidade e “resolutiva” (resolva rapidamente o máximo de seus problemas). Ele deve estar indissociavelmente ligado ao anterior, pois caso contrário põe em risco o sentido da atenção e inviabiliza ou dificulta muito o primeiro. A boa qualidade na atenção e uma boa “resolutividade” demandam um tempo de interação doente-profissional muito variável, mas que precisa permitir vínculo terapêutico individualizado e continuidade posterior do seguimento (para investigação diagnóstica e acompanhamento terapêutico), conforme os problemas do doentes.

A responsabilização profissional individualizada ao longo do tempo (“horizontal”), nesse sentido, é indispensável para a construção de vínculos, conhecimento e confiança mútuos entre profissional e doente. Assim como a existência de um cardápio de opções terapêuticas, seja em termos de outros tempos de atenção clínica (pelo mesmo ou outro profissional), seja em termos de outros ambientes e atividades terapêuticas ou orientações, enriquece a resolutividade geral da atenção[19].

A esses interesses dos doentes somam-se outros, envolvidos e conformados pela cultura em saúde hegemônica na sociedade contemporânea. Tais outros interesses estão imiscuídos nos primeiros, e mergulhados no universo cultural dos doentes, particularmente no que tange a "resolutividade" e a qualidade. Podemos chamar de “resolutividade desejada” ao desejo hoje disseminado amplamente na sociedade e mesmo entre os profissionais de que a atenção médica, particularmente em três dos seus aspectos, resolverão todos os problemas de saúde sentidos (as

[19] Merhy (1997c).

necessidades sentidas) e medicamente diagnosticados, rápida e objetivamente: os exames complementares, as drogas (comprimidos e injeções) e as cirurgias[20]. Os exames objetivariam e descobririam "o que" as pessoas têm. Já os fármacos, particularmente os comprimidos de cores fortes, as injeções e os soros, resolveriam o problema. A cirurgia, que está no auge da intervenção, ao mesmo tempo é respeitada, desejada e temida. Conforme o que predomina (temor ou esperança na mesma), é desejada ou evitada. É desnecessário argumentar a respeito do conteúdo de irrealidade, de fantasia desses desejos e expectativas. No entanto, tais desejos estão fortemente imbutidos no imaginário das pessoas, não podendo ser desconsiderados. Eles são muitas vezes atribuídos à ignorância, mas, entretanto, longe de serem atributos da mesma, estão enraizados no imaginário dos médicos e dos doentes, sendo reiteradamente reforçados pelos serviços (através dos profissionais "padrão"), pela mídia, e pelo interesse comercial. Merecem muito cuidado, pois são interesses e desejos que não podem ser puramente combatidos ou ignorados no cotidiano da atenção à saúde, sob pena de violência, quebra de vínculo etc., nem reforçados ou atendidos globalmente, pois isso só medicalizaria ainda mais a situação, gerando contraprodutividade e mais dependência (retornaremos a este ponto no capítulo 4). Além disso, esses típicos recursos biomédicos (exames, drogas e cirurgias) tem seus méritos e utilidades em muitas situações, ainda que não a maioria delas.

Por outro lado, se há certa homogeneidade de expectativas culturais entre doentes e médicos quanto ao processo diagnóstico, envolvendo em geral testes objetivantes via exames complementares, o mesmo não ocorre com as expectativas terapêuticas. Se médicos e doentes projetam a cura no remédio ou cirurgia, há que ressaltar que para o paciente é somente através da relação com o terapeuta que se pode desenrolar a cura. No dizer de Luz (1998, p.23):

> Se para diagnosticar a máquina é necessária, para tratar somente o médico pode acertar o "remédio" do paciente(...). Para isto é necessário que ele seja realmente um curador. O contato com o paciente [na terapêutica] não pode mais ser tecnológico, mediado por máquinas (...): deve ser (...) como nos sistemas tradicionais de cura, (...) fortemente marcados por representações milenares envolvendo o processo de cura.

[20] A partir de entrevistas com usuários de serviços públicos de saúde, a equipe de Luz ((org).,1997) sintetiza três características marcadoras de um bom médico: dar atenção ao doente, pedir exames e acertar o remédio.

Em outras palavras, na terapêutica há investimento e delegação do poder de curar por parte do doente, ratificado pelo seu grupo, ao médico, enquanto *curador*, cumprindo uma relação de cura.

Os interesses dos médicos

O segundo grupo de interesses que nos interessa é o grupo de interesses dos médicos. Nesses sujeitos em particular, responsáveis diretamente pela atenção à saúde na maioria dos serviços e instituições[21], faremos um *zoom* de modo a podermos visualizar um mapa de referência de seus interesses cotidianos envolvidos com a atenção à saúde. Isso é importante dada a relativa autonomia, importância, impunidade e grande carga de micro-poder que eles exercem no trabalho profissional da atenção à saúde.

Em geral, fala-se da autonomia do profissional médico num contexto negativo, pela sua falta ou pelo seu excesso[22]. Isso acontece em defesa dos médicos, que sempre se sentem limitados e constrangidos por forças e fatores externos a eles mesmos de várias ordens, e reivindicam uma maior autonomia, reclamando da falta de condições para o real exercício da mesma. Por outro lado, os posicionamentos também acusam os médicos, no sentido de que esses têm autonomia demais, negam-se a qualquer relação de subordinação institucional ou administrativa, rejeitam avaliações externas ao seu conselho profissional (com cunho marcadamente auto-protetor, corporativo), rejeitam interferências no seu processo de trabalho, mantêm microprivilégios e uma auto-determinação quanto ao padrão de relações com os doentes e de qualidade do seu trabalho muito impunemente.

Neste ensaio, buscamos fugir dessa dualidade de enfoque, explorando uma via que permeia a todos os médicos e todas a situações de atenção à saúde, esboçando uma breve análise dos interesses do próprio médico, pautada pelo cotidiano de seu trabalho no contexto micro-social dos serviços ambulatoriais básicos, conforme segue.

---

[21] Usamos aqui o termo instituição como sinônimo de organização, serviço de saúde, sem, portanto, o rigor acadêmico ou a conotação precisa, que, por exemplo, os analistas institucionais atribuem ao termo (cf. Baremblit, 1996).

[22] Exceção feita a estudos específicos aprofundando o tema, como por exemplo em Schraiber (1993, 1995).

Os médicos têm uma gama contraditória de interesses permanentemente envolvidos no atendimento de cada doente. Esses interesses mesclam-se, compõem e muitas vezes conflituam com as responsabilidades éticas e profissionais a eles atribuídas, com os seus objetivos enquanto curadores, com os interesses e as representações dos doentes.

Para facilitar o raciocínio, podemos organizar seus interesses comuns, presentes em maior ou menor grau em todos os profissionais, em tornos de dois eixos: um eixo que chamaremos de comunicativo, e outro que chamaremos de estratégico (inspirados em Habermas, 1989 e Rivera, 1995).

O eixo comunicativo constitui-se dos interesses explicitáveis e de fácil discussão pública, uma vez que não põe em risco a legitimidade, o "status" social e micro-político do profissional; mas pode, ao contrário, muitas vezes, fortalecê-lo. Os interesses que são coerentes com essa assertiva facilitam a comunicação entre o profissional e seus doentes, seus pares, seus "auxiliares" (outros profissionais) e a instituição. São ética e profissionalmente inquestionáveis, facilitando a construção de consensos, simplesmente por serem relativamente muito consensuais e aceitáveis. Por essas características, os chamamos comunicativos. Por isso, também, tais interesses convergem com a missão social básica de curar. Podemos agrupá-los em três grandes tipos: a) relacionados aos doentes; b)relacionados ao processo de trabalho; c) relacionados à instituição.

a) Interesses comunicativos relacionados ao doente. Esse tipo de interesse, girando em torno da pessoa que busca atenção e de seus problemas de saúde, sintetiza aqueles interesses do profissional que o identificam em parte como biomédico em parte como "curador". São interesses que todos os doentes esperam encontrar em pleno vigor, e que os profissionais, se perguntados, assumirão como seus e presentes na sua prática: são os interesses na melhora do paciente, no restabelecimentos da saúde do doente. Tais interesses implicam em atenção, trabalho, dedicação e responsabilidade por parte dos médicos; e constituem-se no que se poderia chamar de "espírito" das responsabilidades e deveres ético-profissionais. Relacionam-se, assim, no discurso contemporâneo, ao princípio de beneficência e da autonomia, ou assumindo a proposta illichiana (cf. cap.1), ao princípio da recuperação e promoção da saúde como liberdade vivida. Esses interesses respondem pela razão de ser dos trabalhos em saúde, das próprias profissões e instituições de atenção à saúde. A nosso ver, são os operadores

privilegiados, embora não únicos nem exclusivos (necessários e não suficientes) para a construção de melhorias na atenção à saúde, a que retornaremos mais tarde (cap.4).

No entanto, no universo simbólico e teórico da biomedicina e seus profissionais, esses interesses são automática e rapidamente traduzidos em diagnosticar as doenças ("dos médicos") e, na melhor das hipóteses, viabilizar o tratamento específico para as doenças. É desnecessário reafirmar que essa tradução tem implicações práticas e teóricas relevantes, conforme já discutido (cf. cap.2), e que ela atualmente constrange e dificulta o trabalho médico de atenção à saúde, tanto pela via do saber (teoria, grade nosológica etc.) e pelos recursos do fazer terapêutico (os biomédicos entendem apenas de cirurgias, quimioterapias industrializadas para entidades doenças e sintomas, e poucas dietas ou exercícios pré-programados)[23], quanto pelo contexto sócio-econômico-institucional via de regra muito adverso. À parte esses problemas críticos e as contradições da biomedicina - a dicotomia "cura de entidades doenças" *x* "cura dos doentes" -, é evidente que esses interesses comunicativos permeiam em maior ou menor grau os profissionais. Deles também faz parte o interesse na geração de bons vínculos com o doente, sem excessiva dependência (o que é o embrião do problema da autonomia *x* heteronomia, discutido nos capítulos 1 e 2), de modo a permitir continuidade da terapêutica e a adesão à mesma.

b) Os interesses comunicativos dos médicos relacionados aos processos de trabalho dizem respeito à organização do trabalho de atenção e envolvem os doentes, todos os profissionais e as instituições. Nos serviços públicos, alguns deles são o desejo de um limite no volume de doentes a ser atendido, para proteção da integridade física, mental e emocional do profissional, além de resguardar alguma qualidade do trabalho, uma boa relação com os outros profissionais (os não médicos), o que em geral traduz-se por simpatia, respeito e submissão à sua autoridade, embora não se restrinja a isso. Há também a necessidade real e o interesse numa convivência colaborativa e amistosa, se não harmônica, para menor desgaste, maior fluência no

[23] Não que isso seja pouco ou não importante. A prática terapêutica heterodoxa mostra que o saber biomédico é apenas insuficiente. Apenas está distanciado do complexo e por vezes não enquadrável processo de adoecimento e de restabelecimento dos doentes reais e singulares. A cura dos doentes foi relegada ao possível autodidatismo artístico do profissional, cujos recursos terapêuticos restringiram-se à aplicação do tratamento "cientificamente" prescrito para as entidades doenças. No capítulo 4, retomamos esse problema com algumas proposições práticas e filosóficas a respeito.

dia-a-dia e agilidade na equipe, etc. Um bom relacionamento com os pares e uma relação de apoio com a gestão local são comumente, também, do interesse do médico, para facilitar negociações de horários, encaminhamentos, referências etc.

Por ser o médico pouco versado e acostumado a aceitar discussões sobre a sua parcela do trabalho de atenção à saúde, muitas vezes considerada por ele como a única relevante e sob seu domínio estrito, em geral há muita dificuldade na tematização da organização do trabalho de atenção. Em todo o caso, é do interesse do médico que haja um aperfeiçoamento dos processos de trabalho, coletivos que são, para que o seu próprio seja beneficiado, e inclusive pelo já discutido quanto aos seus interesses comunicativos em relação ao doente.

c) Sob o ponto de vista do varejo da atenção, o que se espera das organizações é o apoio e o fornecimento de recursos para o labor diagnóstico e terapêutico (a dupla sintetizante do trabalho médico, referenciada nas entidades doenças), em termos de acesso à tecnologias duras, serviços de retaguarda e de referência, especialistas, etc. Além disso, há algum interesse em atualização científica e profissional sempre que possível. Os interesses comunicativos dos médicos estão vinculados com a missão de curar, com as necessidades tecnológicas duras da medicina contemporânea e com a necessidade de formação continuada (em geral negligenciadas por ambos, profissionais e instituições). Como os médicos, em geral, pautam-se pelos doentes no varejo, dificilmente são sensíveis à regras, medidas ou propostas institucionais desvinculadas de benefícios sensíveis no cotidiano do trabalho de atenção, seja para doentes, para o processo de trabalho ou para si mesmos. Porém, tocados esses pontos, em geral, apesar das dificuldades já citadas, há interesse médico em mudanças e melhorias, porém mais como beneficiário do que como agente promotor.

Seria muito bom se os interesses dos médicos envolvidos na atenção à saúde se esgotassem neste eixo comunicativo, resumido nesses três tipos comentados. Todavia, outros interesses diversos, em geral não explicitados, tomam parte importante na conformação do trabalho e no resultado das situações de atenção à saúde institucionais. Eles giram em torno dos mesmo tipos temáticos e complexificam sobremaneira a atenção nos serviços e seus dilemas, seja em relação às práticas desenvolvidas, ao seu resultado ou sua gestão.

Por estarem justamente relacionados aos micropoderes em exercício e em

disputa permanentes, tais outros interesses não podem ser completamente explicitados nem assumidos publicamente. Podemos então chamá-los de estratégicos, configurando-se os mesmos no segundo eixo aglutinador dos interesses médicos no cotidiano dos serviços: o eixo estratégico.

Estratégico porque refere-se à defesa prática de interesses e micropoderes privados e concentrados nas pessoas dos profissionais médicos, os quais participam, como todos os demais, da disputa pelo poder de instituir e manter verdades, regras, hierarquias, distribuição de tarefas, direitos, responsabilidades, privilégios, etc.

Esse eixo polariza, é fácil notar, com o eixo comunicativo, por uma certa perspectiva oposta à da comunicação: enquanto o comunicativo é voltado para a cooperação e atua no sentido de facilitar o "bem fazer" da missão de curar, o estratégico é voltado para a disputa e o aumento unilateral do poder e do prestígio de cada um (e de cada categoria ou especialidade).

Analogamente ao eixo dos interesses comunicativos, o eixo estratégico pode ser desdobrado em:

a) Interesses estratégicos relacionados ao doente: independentemente dos correlatos interesses comunicativos, e dada a situação social e econômica dos médicos, os múltiplos trabalhos de cada médico (cf. Donnangelo, 1975 e Machado (org.), 1996), o imaginário liberal (cf. Campos, 1982), os sempre baixos salários etc., é imperativo reconhecer que ao médico do serviço público, no seu dia-a-dia, interessa fortemente economizar tempo, energia, esforço, trabalho. Isso na prática, costuma significar livrar-se dos doentes o mais rápido possível. Também interessa, no serviço público, evitar a construção de vínculos terapêuticos com os doentes, onde então se reduz a responsabilidade profissional ao mínimo dos mínimos de suas funções, burocratizando-as: diagnóstico (que para simplificar, ficar mais rápido e cumprir o ritual transforma-se em solicitação de exames) e prescrição (sintomáticos). Do ponto de vista estratégico, da economia de guerra, da acumulação de poder e capital, a frieza, a indiferença, a sumariedade e, por vezes, a grosseria nas práticas de atenção à saúde são desejáveis para economizar tempo, energia emocional, intelectual e física, assim como para manter o "status" e para "não acostumar mal" (sic) os doentes. Nessa lógica, há que trabalhar o mínimo possível nos serviços públicos para dedicar-se a outros trabalhos mais rentáveis, ou ao consultório, ou agüentar o próximo plantão, ou descansar do último.

Há uma série de ganhos secundários para o profissional, ao menos aparentemente, a sustentar e compensar conseqüências indesejáveis da pressão e realização desses interesses estratégicos. Ainda que deteriorando a relação profissional-doente, isso é exercitado freqüentemente, em maior ou menor grau, pela maior parte dos profissionais médicos, pois gera a resignação de ambas as partes (médicos e doentes) quanto às práticas muito dominadas por esse tipo de interesse, e permite acumulação de dinheiro (e *status* e poder daí decorrentes). A ausência de vínculo ainda propicia a não-responsabilização do profissional pelo resultado de seu trabalho, que nem será visto por ele, bem como a não-continuidade da relação médico-doente nem uma nova procura do profissional pelo doente. Trata-se aí de desestimular a procura, de espantar os doentes, da opção quase consciente de não ser muito bom no trabalho. Além disso tudo, mantendo um "baixo padrão" de atenção, resigna-se o ambiente micro-social – os doentes e o serviço - a tais práticas, ficando facilitada a impunidade. (De brinde, intensifica-se a iatrogenia e a medicalização. Tais práticas e seus resultados são eticamente questionáveis, mas do ponto de vista estratégico parecem ser, ou têm sido usadas como, necessárias; ainda que ao preço da frustração e do embrutecimento dos médicos, do grande empobrecimento de seu trabalho e de prejuízo para os doentes[24]).

b) Os interesses estratégicos mais comuns dos médicos em relação ao processo de trabalho podem ser resumidos em poucas assertivas. Podemos citar: 1) o isolamento laboral, que permite o trabalho solitário e autônomo e a pouca participação na resolução de problemas de funcionamento do serviço – que potencialmente demandam mudanças no modo de trabalhar; 2) a proclamação da autonomia pessoal na execução da atenção e da autonomia profissional na avaliação da mesma (só o conselho profissional – CRM -) pode avaliar a atenção em si); 3) a reivindicação da autoridade quase hierárquica em relação aos demais profissionais.

[24] A repercussão nefasta da hegemonia dos interesses estratégicos desse tipo na atenção à saúde tem sido demonstrada por pesquisas, como por exemplo em Luz ((org.), 1997): na análise das entrevistas a doentes usuários de instituições públicas biomédicas (hospital e centros de saúde), chega-se a caracterizar a existência de um anti-atendimento, que gera violência e iatrogenia simbólicas (ver nota 16) e **iatrogenia institucional**: "muitas "doenças dos nervos" ou problemas psicológicos derivam de uma contraprodutividade da instituição médica (...). Quando o médico encaminha o paciente dos serviços públicos para a psiquiatria, não raro ele o está inserindo num círculo vicioso que poderíamos denominar *feedback* institucional. Este paciente (em geral mulheres que tiveram sua condição agravada pelo anti-atendimento [...]), passa a depender de psicofármacos para a manutenção de seu bem-estar. Dessa forma, cria-se um círculo infindável com a instituição médica que simultaneamente amplia seu problema e o (re)alimenta num verdadeiro ciclo institucional patológico." (id.,p.97-8). A mesma lógica pode se verificar com o uso indiscriminado de exames complementares e sintomáticos (muitos com potencial iatrogênico em si mesmos – por exemplo, anti-inflamatórios).

O processo de trabalho fica, a partir daí, centrado e submetido à lógica e às vicissitudes pessoais do profissional, numa lógica centrípeta de poder em torno do mesmo. Assim, a impunidade está preservada, o caráter de seu trabalho permanece com a aura da privacidade inviolável - somente seus pares o avaliam quanto ao conteúdo e à qualidade da atenção, gera-se uma cumplicidade intra-corporação, e uma impermeabilidade altamente resistente às tentativas de outras ordens (institucionais, gerenciais locais) de tematizar, publicizar ou reorganizar o processo e o conteúdo do trabalho de atenção à saúde. Seus micropoderes, assim, aparentemente, permanecem intocados, assim como seus microprivilégios persistem. Exemplos desses privilégios como a tolerância em relação a horários - muitas horas não trabalhadas, faltas, impunidade mesmo quando a má qualidade laboral está evidente, etc., são tão corriqueiros nos serviços públicos brasileiros que já quase se transformaram em uma "cultura organizacional" estabelecida[25]).

Outro interesse disseminado dos médicos em relação ao seu trabalho é busca de destaque e de ascensão social através da acumulação de "capital científico", onde o conhecimento teórico e a chance de exercitá-lo em difíceis diagnósticos perante os pares é muito valorizada. Esse interesse afasta a atenção do médico do conhecimento prático-terapêutico e do trabalho de atenção ambulatorial, que são pobres em oportunidades de aquisição do citado capital, e assim de prestígio e maior *status* frente aos concorrentes do mesmo campo[26] (Luz (org.)1997, p.61-67).

c) Os interesses estratégicos gerais relacionados às instituições de atenção à saúde (postos de saúde, ambulatórios, hospitais), convergem em geral com demandas salariais, com lutas pela autonomia, com a preservação da auto-proteção corporativa, etc. Em cada caso, isso pode ser mais ou menos acoplado ao cotidiano. Quanto à sua relação com as instituições, o médico, portando nítido ideário liberal, admite, por não ter outra saída, as normas trabalhistas e oficiais dos serviços públicos, mas apenas oficialmente - é claro que pelo máximo de remuneração, formal ou informalmente (quando se trabalha uma ou duas horas e se recebe por quatro ou mesmo oito horas diárias). Esgotam-se aí, na necessidade formal de ser contratado

[25] Usamos o termo "cultura organizacional" no contexto das instituições de saúde ao estilo de Rivera (1996): "o conjunto "das regras do jogo" informais que seriam vivenciadas pelas pessoas dentro da mesma [organização]" ou "o conjunto de valores, hábitos e comportamentos resultantes de uma experiência coletiva e compartilhados pelos membros da organização" (id.,p.368-72).

[26] O termo "campo" aqui é usado no sentido de "campo de poder" de P. Bourdieu. Para uma discussão e aplicação deste conceito à saúde ver também Barros (1997).

ou concursado, suas convergências estratégicas com as instituições de atenção à saúde públicas. Isso é compreensível, dada a freqüente relação burocrática delas com seus funcionários e o modo de tratá-los como membros de um organização burocratizada. Os funcionários são pessoas que ocupam cargos e devem desempenhar funções previamente estabelecidas (pela instituição e a nível central), a serem controladas como peças de uma grande engrenagem - heranças de Taylor e Fayol ainda não reconhecidas como problemáticas pela quase totalidade dos serviços públicos, que urgem serem revistas (cf. Campos, 1997d).

Num contexto social e cultural capitalista periférico como o brasileiro, onde cada vez mais é difícil sentir-se com a sobrevivência garantida, os interesses estratégicos dos médicos tendem cada vez mais a restringir-se, em relação às instituições mas não só a elas, a um núcleo básico que se dissemina contaminando toda as ações, relações e a própria vida: "sugar" delas o máximo (de dinheiro, benefícios, privilégios, prestígio, etc.), trabalhando o mínimo, com um mínimo de dedicação. Se considerarmos a visão disseminada do serviço público como um "bico", emprego temporário com rendimento garantido, sem cobrança efetiva, grande impunidade, etc., então compreendemos melhor as práticas comuns nos serviços, aproximamo-nos dos interesses estratégicos praticados. De um ponto de vista mais geral, pode-se dizer que os profissionais médicos buscam aumentar o buscado monopólio social da cura, aumentar o prestígio e o poder da corporação e manter o já conquistado monopólio social (corporativo) da avaliação do trabalho médico, frente a outras instâncias e pontos de vistas sociais ou outros valores ou perspectivas quaisquer.

Que, com esta gama de fortes e inevitáveis (em algum grau) interesses estratégicos, a missão de curar desses "curandeiros oficiais" modernos tenha quase se perdido, é tão verdade quanto é irrelevante para a perspectiva estratégica. Nesta, trata-se de preservar e acumular autonomia, prestígio e poder social, reproduzir e acumular relações de domínio e poder, em geral por meio do dinheiro e do *status* social daí derivado. Isso contrasta com o eixo comunicativo, onde a comunicação facilita a cooperação e a permanência do tema dos objetivos do trabalho em saúde: restabelecer a saúde, ou seja, curar.

Sem esgotar tão multifacetado assunto, podemos montar um esquema dos principais interesses mais comuns dos médicos em situação de trabalho direto na atenção à saúde:

INTERESSES DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO À SAÚDE		
	COMUNICATIVOS	ESTRATÉGICOS
RELACIONADOS AOS DOENTES	•Curar os doentes (***x*** curar as entidades doenças). •Geração de bons vínculos sem dependência. •Adesão ao tratamento.	•Economia de tempo e trabalho: redução de responsabilidades (diag. e prescrição = exames + sintomáticos). "Livrar-se dos doentes".
RELACIONADOS AO PROCESSO DE TRABALHO	•Limitação do número de doentes. •Boa relação com equipe ("subordinação"). •Clima de colaboração. •Apoio da gestão local.	• Isolamento laboral, pouca colaboração prática na gestão. •Autonomia pessoal. •Autoridade hierárquica (na prática). •Impunidade e auto-proteção corporativa. •Privilégios mantidos. •Busca de destaque.
RELACIONADOS ÀS INSTITUIÇÕES	•Acesso a recursos •tecnológicos diagnósticos e terapêuticos. •Atualizações e formação continuada (cursos etc.). •Organização de referências e retaguardas intra e inter serviços.	•Demandas salariais •Monopólio corporativo na atenção e avaliação. •Máximo de dinheiro e prestígio, mínimo de trabalho: "sugar" o que puder.

Com tal esquema, podemos demarcar algumas referências de ordem sócio-profissional e micro-política que nos auxiliam numa discussão de estratégias para enfrentar os desafios impostos pelos dilemas e crises da atenção à saúde e da medicalização social. É claro que tais interesses são infindavelmente mutáveis, repetimos, de profissional para profissional e de serviço para serviço, e compõem-se e transformam-se mutuamente e sob influência de outras ordens de fatores e forças de modo diverso. Mas é inegável que há certas homogeneidades e permanências

que necessitam ser reconhecidas e trabalhadas, permitindo análises e práticas profissionais e gerenciais mais frutíferas em prol da melhoria da atenção.

Na dinâmica interna desses interesses, é fácil notar várias tensões e contradições quase que permanentes, mais ou menos intensas. Sobressaem-se, nesse sentido, as contradições e divergências entre o eixo comunicativo e o estratégico. Aqui vigora um evidente predomínio de influência do segundo sobre o primeiro, desequilibrando o delicado e paradoxal[27] equilíbrio possível entre os dois eixos, prejudicando a comunicação e conseqüentemente deteriorando a atenção à saúde. Assim, esse predomínio consiste em importante fator bloqueador de mudanças em geral na atenção à saúde biomédica e de mudanças nas "culturas organizacionais" dos serviços.[28]

No entanto, não há que se transformar o eixo estratégico em "vilão da história", sob pena de afunilarmos o problema para um discurso fundamentalista sobre a falência ética dos médicos brasileiros contemporâneos. O problema é que, com ou sem ausência de ética, os profissionais têm e continuarão tendo muitos interesses de várias ordens, e sua postura perante eles constrói-se cotidianamente nos serviços, podendo ser reforçada ou transformada em maior ou menor grau. Se há flagrante desequilíbrio nas forças e valores, com prejuízo para os doentes, na dinâmica micro-política dos interesses envolvidos na atenção à saúde, seria ingênuo reduzir tal problemática ao lado bom (interesses comunicativos) *versus* lado mau (interesses estratégicos), ainda que tal conflito seja um dos mais importantes.

Trata-se, a nosso ver, de reconhecer tais contradições praticamente permanentes e o desequilíbrio das forças, para se poder construir saberes e práticas voltados à administração destes conflitos de modo a fortalecer o lado comunicativo abrindo espaço para a missão e o desafio de curar, ao mesmo tempo que se contêm em parte e se satisfazem em parte os interesses estratégicos.

---

[27] Discutindo o atendimento médico de serviços públicos frente à perspectiva do "dom" envolvido tradicionalmente na arte da cura, Sabino (in Luz (org.)1997,p.70) diz que "ao expandir-se da dimensão monetária para dimensão simbólica, as relações radicadas no interesse e no lucro retiraram o dom da cena cultural. (...) A transformação do dom em domínio do monetário estabelece a regência do campo biomédico pela maximização do lucro, criando aquilo que poderíamos definir como um **paradoxo do serviço médico**, que consiste na persistência da concepção do dever de servir ao outro, salvar-lhe a vida desinteressadamente, (...) e, por outro lado, sofrer a imposição, também social, de ganhar dinheiro e ter o *status* que a profissão de médico exige."

[28] "A comunicação - enquanto prolongamento da cultura – é o meio privilegiado de conformação da mesma. Daí a necessidade de um plano de comunicação que impacte a cultura" (Rivera, 1996, p.363).

A ênfase no fortalecimento do primeiro eixo (comunicativo) parte da perspectiva empírica de que os resultados, curas, prazeres, regozijos, realizações e reconhecimentos cotidianos advindos da efetivação mínima dos interesses comunicativos geram duas conseqüências desejáveis - além de se sustentarem por si devido à sua ação benéfica no incremento da qualidade da atenção: 1) fomentam em *feedback* positivo o fortalecimento deste próprio eixo e 2) geram alterações (por vezes insensíveis a curto prazo) em escalas de valores[29] e nos "climas culturais organizacionais" que influenciam os dois eixos no cotidiano dos serviços, facilitando um equilíbrio mais saudável e terapêutico nas práticas assistenciais. No nosso caso, contemporâneo e brasileiro, isto significa, indiretamente mas efetivamente, deflacionar e constranger os interesses estratégicos comumente dominantes nos profissionais e nos serviços.

As contradições são eternas e sempre estarão presentes, necessitando, repetimos, serem reconhecidas e abordadas no varejo do dia-a-dia dos serviços na perspectiva de mudança práticas e culturais nos mesmos. Sua resolução não se dá apenas por rituais ou discursos, nem só por idéias ou teorias, e em geral também não por supostas conversões de valores e de consciências – ainda que necessite deles. Sua resolução se dá na prática cotidiana, com a experiência privada (individual) e pública (compartilhada), via de regra a longo prazo[30] - dificuldade adicional para o serviços devido à alta rotatividade de profissionais -, que permite, de maneiras suaves ou sofridas, sem nunca garantir, o crescimento dos sujeitos envolvidos de modo a estes reorganizarem, mais ou menos conscientemente, a sua arena interna onde os próprios interesses se tensionam e disputam, equilibrando-a mais saudavelmente, assim como equilibrando-se mais harmoniosamente com o serviço e demais trabalhos e forças "do mundo externo". Isso significa não só tematizar e admitir discutir tais assuntos, mas efetivamente mudar suas práticas assistenciais e respectivos significados (construindo assim uma nova cultura organizacional).

A administração, dentro dos serviços públicos de saúde, desse mar de forças e interesses conflituosos, cheio de atores, forças, interesses e necessidades muitas

[29] "A mudança exige condições de cultura organizacional e (...) ela, antes de ser um processo técnico, consiste essencialmente em um processo cultural de alterar valores". (Rivera, 1996, p.368)

[30] "Há quase um consenso de que a cultura não é manipulável e de que custa transformá-la, a não ser através de um processo mais ou menos lento. (...) [No entanto,] uma cultura (...) é algo que evolui, não está coagulada. (...) Portanto há de ser criada" (Rivera, 1996,p.369)

vezes contraditórios, necessita de muita atenção, vários atores, experiências, saberes, rituais etc.. Isso envolve, também, posturas políticas, práticas gerenciais, pessoas e profissionais de formação e singularidades diversas; sendo assim altamente complexa e, portanto, não passível de regras universais ou raciocínios lógicos simples. Mas tal administração deve ser, a nosso ver, objeto nobre e indispensável dos profissionais e gerentes dos serviços, desafio constante na direção da melhoria da atenção à saúde.

O reconhecimento e a administração desses interesses é imperativo dadas as dimensões problemáticas do próprio saber médico (cf. cap.2), dada a medicalização progressiva por que passamos (cf. cap.1) e da qual os serviços de saúde e os médicos têm sido promotores ativos (cf. descrito anteriormente), e, por fim, dado o contexto conflitivo e agressivo em que os médicos e a sociedade estão mergulhados, a que os serviços de saúde não estão imunes (sobre o que dispensamos comentários). Todos esses fatores são, de certa forma, facilitadores do crescimento dos interesses estratégicos já hipertrofiados. A resultante final de tudo isso vem desembocando em modos de viver e fazer no trabalho profissional em saúde empobrecidos, violentos, iatrogênicos e medicalizantes.

Vale ressaltar, ainda, que o uso dos demais poderes e interesses de outros atores sociais no âmbito dos serviços (profissionais, instituição, gerentes ou usuários) podem e devem ser investigados e usados no cotidiano dos serviços, como ferramentas muitas vezes poderosas de intervenção na definição dos modos e qualidades de atenção à saúde, inclusive influenciando esses agentes sociais poderosos que são os médicos.

Urge, por fim, que se trate do enfrentamento das dimensões culturais, teóricas e conceituais tanto quanto das dimensões práticas, micro-políticas, gerenciais e administrativas da atenção à saúde. Nossa reflexão quer ser uma contribuição para o reconhecimento dessas questões, que só podem ser resolvidas no cotidiano do trabalho de cada serviço e de cada profissional ou equipe. Por isso mesmo, há a necessidade de reflexão e debates crescentes, para que a atividade intelectual possa, ao menos, justificar-se dando sua contribuição a um fazer melhor em saúde.

No capítulo a seguir esboçamos considerações finais e proposições como possíveis diretrizes político-filosóficas e técnico-terapêuticas que têm se mostrado promissoras e que tentamos fundamentar.

Capítulo 4

Proposições para atenção à saúde: ensaiando desmedicalizar o mundo

Introdução

No capítulo 2, analisamos as relações do paradigma da biomedicina com as crises de atenção à saúde no seu cotidiano e com a autonomia dos sujeitos. No capítulo 3, exploramos a dinâmica das representações sobre saúde-doença e os interesses médicos envolvidos na prática biomédica institucional. Isso tudo, frente aos desafios impostos pela medicalização da cultura contemporânea em saúde e frente às propostas "em defesa da vida" para organização de serviços de saúde públicos discutidos no capítulo 1, pode juntar-se agora às reflexões sobre nossa prática cotidiana de atenção para constituírem-se em algumas proposições que podem contribuir para a construção de orientações filosóficas, políticas e técnicas tanto aos profissionais da atenção à saúde individualmente quanto aos gerentes e gestores dos serviços onde trabalham esses profissionais.

Sintetizando e concluindo as reflexões do capítulo 2, podemos dizer que as estruturas conceituais em vigor na biomedicina, sinergicamente com outras forças aqui não analisadas, impõem limites e problemas a essa medicina quanto à sua missão fundamental de *cura* dos doentes e na sua relação com o universo cultural e com a autonomia dos pacientes, alimentando de forma importante a crise da atenção saúde. Tais limites e problemas devem-se, sinteticamente, à centralidade desse saber médico:

a) No construto operacional biomédico 'doença' ou patologia, que se destaca do doente e passa a ser objeto da ação e investigação médicas, ontologizando-se;
b) na ênfase daí decorrente na atividade diagnóstica e subseqüente secundarização da terapêutica;
c) no racionalismo biomédico auto-referenciado, que afasta a atenção do médico dos fenômenos vitais do adoecer imersos na existência do indivíduo;

d) na crescente fragmentação do corpo humano e correspondente especialização biomédica;
e) na intervenção mecânico-química em mecanismos fisiopatogênicos do corpo (quimioterapia e cirurgia);
f) na teoria dos receptores e na exigência dos "mecanismos de ação" de "princípios ativos" medicamentosos – modelo molecular;
g) na terapêutica amarrada na metodologia do ensaio clínico e dependente de comprovação estatística e/ou explicação fisiopatológica;
h) na desresponsabilização do médico perante fracassos terapêuticos e iatrogenias (efeitos colaterais, adversos, "iatrogenia longitudinal" etc.);
i) na ilusão de que o saber médico pode ser eficaz isento dos e alheio aos obscuros fatores relacionais humanos, culturais, simbólicos, afetivos, psicossociais, filosóficos, etc. (exclusão do efeito placebo).

Concluímos, com Chacra (1995, p.264), que "deve ser apontado o dilema de que, mesmo que as necessidades [de saúde], como desejos de comunicação com a medicina, superassem todas as barreiras institucionais e afetivas dos serviços e dos médicos, certamente, não conseguiriam superar as barreiras da racionalidade médica".[1]

Usando os tipos de tecnologia propostos por Merhy (1997a,b,c), podemos dizer que o pólo "duro" do saber biomédico (enquanto tecnologia leve-dura), juntamente com outras forças potentes (sócio-econômicas, psico-sócio-cognitivas, políticas e corporativas, etc.), se sobressai e predomina de forma excessiva sobre o pólo "leve" do mesmo. O atual paradigma biomédico domina tão largamente o universo conceitual, simbólico e prático dos profissionais e instituições biomédicas que se mostra pouco permeável ao seu pólo "leve" e à agregação enfatizada de outros saberes precipuamente "leves" (como os do tipo "psi") que propiciem uma melhor intermediação nas interações dos profissionais com os doentes. Mais do isso, podemos ainda dizer (corroborados pela prática cotidiana da atenção) que o saber clínico-epidemiológico encontra-se relativamente pobre na capacidade de informar e instrumentalizar práticas heterônomas e autônomas voltadas para o dia-a-dia das

[1] É evidente que a própria biomedicina e sua racionalidade, em função de contradições internas e externas - algumas delas discutidas aqui, pressões sociais, avanços tecnológicos, etc. aos poucos se movimenta e se transforma. Isso não invalida, porém, o diagnóstico geral aqui esboçado, por negativo que ele possa parecer. Tal diagnóstico não obscurece a existência dessas transformações. A análise das tendências já existentes de transformações internas ao saber/prática e às instituições biomédicas foge ao nosso objetivo no momento.

pessoas, para sua autonomia e para seu enriquecimento cultural em saúde. O conhecimento gerado cientificamente na biomedicina amplia a capacidade heterônoma de intervenção material no corpo e nos seus mecanismos fisiopatológicos ora concebidos e conhecidos[2], converge técnica, filosófica e politicamente com a medicalização social e a dominação, mas deixa a desejar quando se trata de considerá-lo como tecnologia desmedicalizante.

Terapêuticas não farmacológicas (industrializadas), não cirúrgicas e não normatizadas - não comprovadas cientificamente - que envolvem e pressupõem uma maior participação do doente como indivíduo ativo no seu tratamento são pouco exploradas, quase inexistentes nessa medicina.

Quase tudo que havia e há disseminado nas culturas e outras medicinas, que não pode ser traduzido e controlado pela Ciência e pela corporação médica, precisou ser desqualificado, afastado, visto apenas como fonte de indícios para futura pesquisa científica. Não sendo facilmente "comprovado" pela Ciência, não é verdadeiro ou não deve ser validado.[3]

Esses dilemas e limites nos autorizam a questionar a biomedicina enquanto o único paradigma e a única racionalidade médica a nortear a atenção à saúde nos serviços públicos. Tal questionamento põe em xeque a "desejabilidade" da manutenção de sua hegemonia institucional no universo dos saberes e prática de atenção à saúde, particularmente na rede básica (mas não só).

Devemos reconhecer, contudo, que terapêuticas e racionalidades não-biomédicas estão presentes aqui e ali nos serviços públicos brasileiros. No entanto, sua presença se deve quase que exclusivamente à pressão política e à legitimidade social desse universo (por exemplo, da homeopatia e da acupuntura[4]), inclusive

---

[2] Ressaltamos a importância desses conhecimentos e técnicas, muito valiosos nos casos em que situações emergenciais, politraumas, fraturas, estágios avançados de desequilíbrio e colapso orgânico etc. necessitam de intervenções em que a lógica médico-científica atual e sua intervenção mecânico-químico-fisica são eficazes e podem salvar vidas, sendo desejável que o façam. Apenas é preciso reconhecer que as situações onde isso ocorre são uma minoria dos problemas de saúde em geral.

[3] Ver Levin *et al* (1997). O artigo resume as dificuldades para o estudo das medicinas alternativas pelos métodos biomédicos e responde a eles defendendo a força desses métodos, num manifesto metodológico em favor desse estudo. Dossey (1998) reúne evidências científicas para discussão e desenvolvimento de modelos científicos de saúde-doença inovadores, a sustentarem explicações para terapêuticas marginais na biomedicina e mesmo alheias a ela (como o *biofeedback*, técnicas de relaxamento, meditação, etc.). O mesmo vale para Capra (1996). Há, vê-se, movimentos internos à biociência, de aproximação com "outras medicinas". A abordagem desses movimentos não foi, repetimos, concebida como objetivo deste estudo, ainda que com ele mostrem convergência.

[4] Sobre a história da Homeopatia no Brasil ver Luz (1995). A acupuntura está hoje em processo de

internacionalmente[5], do que a qualquer reflexão acadêmica ou institucional que as explicitasse como opção necessária, as estudasse ou as explorasse no seu potencial de contribuições à saúde pública e à atenção à saúde.

Por outro lado, os profissionais de saúde, em geral, aderem automática e cegamente à biomedicina, devido à formação profissional e à prática biomédica corrente, as quais excluem qualquer consideração ou diálogo com outras possíveis interpretações e conseqüentes ações em saúde, não referenciadas na Ciência. Via de regra, consegue-se, no máximo, conceber o resgate das práticas "psi", marginais nas instituições médicas, como complemento necessário ao saber biomédico do corpo. Assim como se concebe o recurso ao saber sociológico, histórico e pedagógico, no âmbito da atenção, como útil na abordagem, esclarecimento e enriquecimento dos doentes enquanto sujeitos, já que estes saberes abrem espaço e questionamento para a tematização dos limites da biomedicina, mas não informam recursos terapêuticos propriamente ditos, enquanto um fazer em saúde específico. Ambos, profissionais e serviços, inclusive a Saúde Coletiva, estão mergulhados na e dominados pela ideologia científica como crença básica da modernidade.

No capítulo 3, vimos como, na maioria das situações práticas de atenção biomédica à saúde, os profissionais "padrão" dos serviços interagem com os doentes e suas representações utilizando sua força simbólica, social e técnica privilegiada no sentido do reforço e da construção da cultura em saúde medicalizada em expansão, gerando mais contraprodutividade e diminuindo a eficácia das ações de saúde. Transformando, assim, junto com outras forças da cultura e da economia, os doentes em massas de consumidores cada vez mais incapazes de se beneficiarem, na maioria das vezes (excetuando-se as situações de emergência), das contribuições da biomedicina à compreensão e ao tratamento de seus problemas de saúde.

Vimos também algumas dificuldades que os profissionais "desviantes" encontram para interagirem com os doentes com respeito e com eficácia, enriquecendo-os (e a si mesmos) na sua autonomia e na sua cultura em saúde. O apoio e a contribuição para o nascimento desse tipo de profissionais e o desenvolvimento de seus conhecimentos e habilidades, processo que envolve crises

---

corporativização e oficialização médico-científica. Para uma história e contextualização desse processo no Brasil ver Nascimento (1997).

[5] Seja institucionalmente, desde a conferência de Alma-Ata, seja nas populações (na França "um em cada dois franceses recorrem às medicina paralelas" (Laplantine & Rabeyron,1989, p.7). Ver Laplantine (1991).

nesses sujeitos[6], constituem-se em verdadeiro desafio para a Saúde Coletiva e para os serviços de saúde públicos, dado que são focos promissores no sentido de uma reforma da atenção à saúde nos serviços que buscam *melhorar* a atenção e desmedicalizar a cultura em saúde.

Outra ordem de dificuldades prementes na atenção à saúde são os contraditórios interesses cotidianos dos médicos dos serviços e a supremacia dentre esses interesses daqueles voltados para a manutenção do poder e do *status* desses profissionais. Tais interesses, aqui chamados estratégicos, além de outras forças e juntamente às características já citadas do saber biomédico, acabam por empobrecer deveras a qualidade da atenção biomédica à saúde. Dentre os interesses dos médicos, no entanto, subsistem, oprimidos e minoritários, os interesses comunicativos, convergentes com a missão social de *cura*, focos também privilegiados de incentivo e ação para *melhoria* geral da atenção.

Além disso, apenas desviando-se do ideário biomédico dominante, poder-se-á absorver o *espírito* de algumas lições que os cientistas sociais e seus estudos sobre representações em saúde-doença oferecem aos profissionais da atenção à saúde, aqui resumidas no espaço entre os enfoques de tipos polares "homogêneo" (que enfatizam a comunicabilidade, a influência recíproca, o mútuo fluxo simbólico e a cultura geral compartilhada por médicos e doentes) e "heterogêneo" (que reconhecem as disparidades culturais, os bloqueios comunicativos e as diferenças simbólicas existentes entre médico e doente no Brasil hoje, em geral muito significativas). Esses dois enfoques necessitam ser explorados simultaneamente no exercício da atenção à saúde, para o aumento da eficácia clínica e simbólica.

Frente aos desafios sugeridos pelas questões discutidas, podemos ter basicamente dois tipos de postura. O primeiro consiste em rever, questionar, pesquisar, inovar, humanizar a teoria e as práticas biomédicas, mantendo-se dentro de suas tradições e dentro do universo científico. Ou seja, buscar transformar e enriquecer a biomedicina de dentro dela. É uma tarefa urgente e necessária: o que

[6] Barros (1997) pesquisou profissionais de saúde que transcendem a biomedicina, estudando e praticando outras racionalidade médicas e outras terapêuticas. No entanto, trata-se de uma pequena minoria, na maioria das vezes externa aos serviços públicos de saúde, ou mesmo que ali trabalhando, "clandestina". Considerados como uma vanguarda profissional pelo autor, a pesquisa revela que tais profissionais são frutos de "crises" e opções profissionais, filosóficas e políticas vividas por esses sujeitos - onde "crise" significa um estado crítico envolvido na ampliação da consciência.

fazem autores como Sacks (1997a,b) e Dossey (1998), dentre outros. O preço desse caminho, que estamos todos pagando, é o lento desenvolvimento da própria ciência biomédica, enquanto ciência normal que resiste a revolucionar seus paradigmas, transformando-se muito lentamente sob pressão da sociedade, de suas próprias pesquisas "de ponta", de outros ramos da Ciência e do desenvolvimento tecnológico "duro".

Por outro lado, podemos ousar e transcender os raciocínios clínicos científicos em busca de outras compreensões e terapêuticas para o adoecer humano. Aí está o embrião da segunda postura básica frente aos problemas da biomedicina na atenção à saúde: buscar recursos fora da tradição científica, seja em outras medicinas, seja em terapêuticas diversas. Com isso, questões que angustiam os *bons* médicos e autores como Sacks poderiam, em muitos casos, se desvanecer, já que os pressupostos e modelos de ser humano e adoecimento seriam outros e se relativizariam. O preço dessa segunda opção é o desafio de abandonar o conforto cultural e epistemológico biomédico e a legitimidade científica e de mergulhar em culturas, valores, concepções, teorias e práticas terapêuticas variadas e distintas, muitas "incomensuráveis"[7] com as versões biomédicas, para o que não temos atualmente mais do que um desprestigiado, pouco conhecido, pouco desenvolvido e pouco praticado "relativismo"[7] a nos ajudar.

Haveria conflito entre as duas posturas citadas? Não, ambas são necessárias. Sob o ponto de vista terapêutico, inclusive, é fácil perceber (e quem o pratica testemunha nessa direção) que são congruentes essas atitudes, uma vez que o relativismo necessário para ambas, particularmente para a segunda, fortalece o espírito crítico e facilita a quebra de preconceitos, a desconfiança de dogmas, a busca de verdades e eficácias onde não se supunha. Há, porém, distinções: a primeira é mais legitimável e demanda basicamente um aprofundamento incomum no conhecimento e prática biomédicos, estando seus resultados na base dos progressos biomédicos, e estando seu exercício em andamento por poucos e inovadores biocientistas e biomédicos. A Segunda, por sua vez, é menos legitimável no meio biomédico e científico, mais empírica, exige o mergulho em tradições, formas de pensar/fazer e valores muito distintos dos vigentes na biomedicina, disseminados em heterogênea miríade de terapeutas praticantes e ou herdeiros de tradições (curandeiros de toda ordem) dispersos no meio social. E seus

[7] Sobre "incomensurabilidade" e "relativismo", ver Feyerabend (1985, cap.17; 1991, introdução, cap.1 e 12).

desenvolvimentos muito lentamente repercutem ou são explorados no circuito social legitimador oficial: o meio científico biomédico.

Tendo em vista essas duas posturas básicas e os desafios delas decorrentes, a seguir ensaiamos algumas propostas e reflexões que, acreditamos, podem ser úteis tanto a profissionais como a gestores dos serviços no desafio da melhoria da atenção à saúde. Nossas proposições levantam questões às quais não pretendemos responder definitivamente e sim indicar diretrizes, direções a serem exploradas e discutidas, bem como fazer emergir relevantes desafios que possam ser valorizados e reconhecidos, estudados academicamente e enfrentados no cotidiano da atenção à saúde nos serviços.

Descolar **a atenção à saúde institucional da biomedicina.**

Enquanto, sob o pretexto de "aliviar o sofrimento" e tratar apenas as “doenças de médicos”, os serviços de saúde e seus profissionais continuarem a distribuir quase indiscriminadamente sedativos, analgésicos, antipiréticos, antiinflamatórios e quimioterápicos nos consultórios, gerando “inavaliável” iatrogenia, gerando mais demanda espontânea e aumentando a medicalização, não se conseguirá efeito significativo em termos de educação em saúde nem de orientação ou regulação democrática e equânime das demandas de atenção médica (filas), nem tampouco em termos de “resolutividade” e eficácia clínica, simbólica ou epidemiológica.

A nosso ver, mudanças nesse quadro só serão possíveis se for começado um movimento entre os profissionais de saúde (e, quiçá, na biomedicina enquanto instituição). Esse movimento é difícil mas factível, uma vez que aos profissionais temos acesso privilegiado: são as equipes dos postos, centros de saúde, ambulatórios e hospitais públicos, trabalhando cotidianamente em instituições do SUS, onde particularmente os sanitaristas podem ter influência.

Tal movimento é necessário devido à ausência atual de um conjunto de propostas de cunho técnico, cultural, político que permita e oriente a discussão sobre um “o que fazer” democrático, eficaz e ao mesmo tempo desmedicalizante em relação à demanda crescente de queixas, sintomas, dores e síndromes vagas, bem como patologias sem tratamento eficaz, muitas delas crônicas, que constituem provavelmente a maior parte da demanda de atenção nos serviços básicos.

Esse movimento, que chamamos de *descolamento* da atenção à saúde da biomedicina, pode contribuir como um passo necessário na construção dessas propostas desmedicalizantes, e compõe-se de duas partes.

A primeira parte desse movimento é dolorosa aos técnicos formados dentro do imaginário biomédico, mas se torna cada vez mais imperiosa e urgente: é um afastamento crítico da medicina científica atual. Há que reconhecer, sem mais delongas, a crise cotidiana da própria biomedicina, enquanto racionalidade médica, na atenção à saúde: os limites conceituais e diagnósticos, os problemas tecnológicos e relacionais, os limites interpretativos e terapêuticos do dia-a-dia dos serviços. Ou seja, reconhecer que biomedicina é limitada, muitas vezes iatrogênica, comumente monótona nos seus significados, talvez empobrecida na sua terapêutica.

Porém, este afastamento só ganha potência propulsora, mobilizadora, se associado à segunda parte do movimento, sustentável na experiência prática do trato com os pacientes, que amplia a perspectiva cultural em saúde e resgata a missão terapêutica dos serviços e profissionais: é o reconhecimento de que medicina e atenção à saúde não precisam ser só a biomedicina nos seus padrões científicos e convencionais. Esse segundo movimento é o que abre as portas para o desvio da imobilidade, porém questiona as certezas e seguranças biomédicas, porque significa romper com os preconceitos médico-científicos e a pretensão ao monopólio científico do saber e fazer em saúde, que nos permeia a quase todos, inclusive militantes sanitários.

Nesse ponto necessitamos sair do comodismo paradigmático e psicológico e observar as realidades extra-institucionais de cuidado e atenção à saúde. Ou seja, é preciso reconhecer que a medicina científica é apenas mais uma medicina e não é a única; é preciso olhar ao redor, na vida social e no cotidiano dos doentes, ler os estudos dos antropólogos, observar o vasto “mercado terapêutico” alternativo e religioso, redescobrir os curandeiros e as práticas em saúde tão múltiplas e ainda ricas no país. Ainda temos que reconhecer a ignorância biomédica, dos serviços de saúde e seus profissionais, desse amplo universo e assumir o desafio de transcender os limites do saber biomédico - referenciado nas “doenças dos médicos” - recolocando o sujeito doente na nossa frente com suas queixas, “suas doenças” e sua história. É frente a ele que, esgotados os recursos de interpretação e ação da biomedicina ou paralelamente a estes, cumpre vasculhar outros recursos de tratamento e interpretação possíveis, inclusive outras racionalidades médicas.

Assim, junto com a “desilusão” em relação à biomedicina e o reconhecimento de seus dilemas e limites, é necessária a quebra da arrogância monopolista do velho "o resto é crendice", que nada mais é do que preconceito politicamente comprometido, sob uma máscara epistemológica, com o poder (apenas supostamente, da ciência).[8]

Não nos dedicaremos aqui a estabelecer comparações entre a biomedicina e outras racionalidades médicas ou terapêuticas alternativas, nem tampouco as analisaremos em si mesmas. Não por tal estudo carecer de importância, mas por isso não ser concebido para este trabalho. Estudos pioneiros como os de Luz (1993, 1996, 1997(org.), 1998) e sua equipe[9] têm buscado essas comparações. Do nosso ponto de vista, no entanto, cumpre resgatar e comentar alguns aspectos envolvidos nessa discussão, particularmente relevantes do ponto de vista deste trabalho.

O primeiro aspecto diz respeito ao apego vigente entre os profissionais e instituições públicas de atenção à saúde, principalmente as acadêmicas, à aguerrida luta política contra o “fantasma” da autoridade religiosa ou tradicional. Ao se falar em afastamento crítico da biomedicina e reconhecimento ou revalorização das outras medicinas e saberes/práticas em saúde, a grande maioria reage “quase” religiosamente em defesa da Ciência e de seu progresso, como se estivéssemos tratando de uma proposta de abandono do conhecimento científico e de uma volta a um passado de magia, obscurantismo e/ou opressão. Consideramos que os desafios da atenção à saúde, a expansão científica no mundo e a situação sócio-cultural atuais impõem a superação desse “medo” resquicial, já sem sustentação frente aos questionamentos internos à própria Ciência e frente às crises deste fim de milênio.

Nesse sentido, as proposições de Feyerabend (1991) resumem de forma contundente, clara e sintética a situação atual quanto a essa discussão e a nossa posição nela. Segundo o autor, “a ciência deve ser tratada como uma tradição entre tantas, e não como parâmetro de avaliação do que é e do que não é, do que pode e do que não pode ser aceito” (id.,p.52). Assim, “as sociedades democráticas deveriam

---

[8] Para não haver dúvidas de que tais preconceitos persistem entre os intelectuais, ver Ávila-Pires (1995). O artigo sintetiza um variada gama de verdades, meias-verdades, inverdades e juízos de valor politicamente claros quanto à questão das práticas alternativas: trata-se da apologia da, “talvez, maior descoberta de todos os tempos” (id.,p.150), o método científico e da desqualificação das “crenças, crendices, tabus e preconceitos anacrônicos” “associados a um sincretismo místico” (ibid., p.148) supostamente envolvidos nas práticas alternativas.

[9] Ver, por exemplo: Luz, D. (1993), Marques (1993), Camargo Jr. (1992b,1993b, 1994a,b), Luz, H.S. (1993), Nogueira &Camargo Jr. (1998).

atribuir *igualdade de direitos* a todas as tradições, e não apenas igualdade de oportunidades" (id.,p.54), que em geral se restringem à igualdade de acesso a uma tradição em particular . "Nas democracias ocidentais a "igualdade de oportunidades" tem por norma a última acepção, sendo a tradição privilegiada um misto de ciência, liberalismo e capitalismo" (id.,p.53). Com isso, o autor defende simultaneamente *uma liberdade para e uma liberdade das ciências*:

> Afirmo não existirem razões "objetivas" para preferir a ciência e o racionalismo ocidental a outras tradições.(...) É verdade que a ciência ocidental contaminou agora todo o mundo como uma doença contagiosa e muitas pessoas aceitam incondicionalmente os seus produtos (intelectuais e materiais) – mas a questão subsiste: tratou-se do resultado de uma discussão (na acepção dos defensores da ciência ocidental), isto é, foi cada passo do progresso justificado por razões que estão de acordo com os princípios do racionalismo ocidental? Será que a contaminação melhorou a vida daqueles em que tocou? A resposta a ambas as perguntas é não. A civilização ocidental ou foi imposta pela força, não que os argumentos revelassem a sua veracidade, ou aceite porque produziu melhores armas(...) e o seu progresso, conquanto algo benéfico, causou também enormes danos. (id.,p.346).

Mas as descobertas que fundamentam tal assertiva tiveram muito pouca influência nos sermões pregados pelos racionalistas profissionais; ao contrário, estes propõem que os benefícios da civilização ocidental devem, por vezes, serem impostos a vítimas não predispostas, por uma "forma de imperialismo".

> Por várias razões, muitos intelectuais defendem ainda esta forma tão tacanha. Uma delas é a ignorância. A maior parte dos intelectuais não faz a menor idéia das realizações concretas da vida fora da civilização ocidental. O que tínhamos (e infelizmente ainda temos) nestas áreas são boatos sobre a excelência da ciência e a duvidosa qualidade de tudo o mais. Outra razão são os dispositivos de imunização criados pelos racionalistas para superar as dificuldades. Por exemplo, fazem a distinção entre ciência básica e suas aplicações: se houver alguma destruição, então foi obra dos aplicadores, não de teóricos bonzinhos e inocentes. Mas os teóricos não são tão inocentes assim. *Eles* recomendam a análise, para além da compreensão, inclusivamente em domínios que respeitam aos seres humanos [como seu corpo, suas doenças, a terapêutica]; *eles* enaltecem a 'racionalidade' e a 'objetividade' da ciência sem se aperceberem de que um processo cujo objetivo principal é eliminar todos os elementos humanos só pode conduzir a ações inumanas. (...) Os cientistas não se contentam com dirigir suas idéias de acordo com o que entendem ser as regras do método científico: desejam dar universalidade a essas regras, querem que elas se tornem parte da sociedade e valem-se de todos os meios de que dispõem – argumentos, propaganda, táticas de pressão, intimidação, ação de grupos – a fim de atingir seus objetivos (Feyerabend, 1985, p.341).

Há, ainda, em último lugar, o velho argumento de que as tradições não científicas já tiveram sua oportunidade, que não sobreviveram à confrontação com a ciência e o racionalismo e que as tentativas de as ressuscitar são, por conseguinte, irracionais e desnecessárias. A pergunta óbvia será: foram eliminadas por motivos

racionais, deixando-as competir com a ciência com imparcialidade e de forma controlada, ou o seu desaparecimento ficou a dever-se a pressões militares (políticas, econômicas, etc.)? E a resposta é quase sempre: a segunda. Os índios americanos não foram consultados sequer, primeiro cristianizaram-nos, depois ocuparam-lhes os territórios e por fim amontoaram-nos em reservas no meio de uma cultura científico-tecnológica em progresso. A medicina índia (que foi muito usada pelos médicos do século XIX) não competiu com os novos fármacos que invadiram o mercado, mas foi simplesmente proibida por pertencer a uma época de tratamento antediluviano. E muitos casos mais (Feyerabend, 1991, p.353).

É bem verdade que muitas tradições extinguiram-se ou estão em extinção, ou em transformação no mundo contemporâneo, sendo difícil recuperá-las. Mas isso não significa que não podemos e devemos aprender com as idéias, valores e métodos delas remanescentes. "*Todas as culturas*, e não apenas as culturas ligadas à ciência ocidental e ao racionalismo deram, e não obstante os enormes obstáculos, continuam a dar contributos com os quais a humanidade em geral pode se beneficiar" (id.,p.219).

Para finalizar esse ponto, concluímos juntos com Feyerabend (1991, p.353):

> Cabe aos cidadãos a escolha das tradições que preferem. Assim, a democracia, a fatal imperfeição da crítica e a descoberta de que a predominância de uma idéia não é, nem nunca foi, resultado de uma aplicação exclusiva de princípios racionais, tudo leva a crer que as tentativas de ressuscitar velhas tradições e reintroduzir idéias anticientíficas devam ser elogiadas como princípio de uma nova era de iluminismo, em que as nossas ações se norteiem pelo conhecimento e não somente por *slogans* sagrados e muitas vezes bastante imbecis.

O segundo ponto que merece destaque refere-se a quais contribuições e novidades outras racionalidades médicas e saberes/práticas de saúde poderiam fornecer no sentido de *melhorar* a atenção à saúde, superar os dilemas do referencial biomédico, enriquecer o conteúdo das práticas e mesmo ajudar os serviços e seus biomédicos a reconhecerem tais dilemas e se transformarem no sentido de uma maior "terapeuticidade" das ações de saúde e da desmedicalização. Podemos adiantar, como uma resposta inicial a essa questão, que as medicinas tradicionais, com sua racionalidade terapêutica específica, inovam, em termos de paradigma (e, em termos práticos, a experiência terapêutica o corrobora), quanto aos seguintes aspectos - segundo Luz (1998, pp.2-34),:

a) na reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico (...);
b) na re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica(...);
c) na busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente [menos dependentes de tecnologia dura], menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população (...);
d) na construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos de relação saúde/ enfermidade (...);
e) na afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença (...).

O terceiro aspecto relevante que merece ser abordado diz respeito ao problema complexo da possível integração de diferentes tradições, racionalidades médicas e terapêuticas na atenção à saúde. Não necessitamos nos alongar a esse respeito, uma vez que há razoável consenso nesse ponto. Uma integração ao nível do saber com outras medicinas ou terapêuticas esbarra em dificuldades teóricas, filosóficas, paradigmáticas e de estilo de pensamento[10] muito complexas, e, nos termos da estruturação atual do saber biomédico e, principalmente, de sua relação com o poder, talvez quase intransponíveis.

Ainda que indícios promissores provenientes dos novos modelos científicos agora apenas esboçados sugiram uma diminuição dessas diferenças (Capra, 1980a,b, 1996; Dossey, 1998), tal possibilidade está ainda fora dos horizontes de ampla concretização transformadora do imaginário, dos significados e das práticas biomédicas vigentes no cotidiano dos serviços.

Por outro lado, a integração entre diversas racionalidades já vem se construindo, lenta mas progressivamente, no outro pólo fundamental da prática da atenção à saúde (por oposição ao racionalismo científico): a prática terapêutica, médica ou não, dispersa pela sociedade ou em serviços de saúde pioneiros que assumem espaços para outras racionalidades médicas, em brechas marginais onde profissionais "desviantes" vivenciam um sincretismo terapêutico (Luz,1997; Almeida,1997, Barros, 1997). E isso é possível justamente devido ao interesse terapêutico que abre espaços, em meio às pressões de toda ordem e à crença cega na Ciência, para o impensável e o incompreensível de dentro de nosso estilo de pensamento e de nosso paradigma biomédicos atuais. Segundo Almeida (1997, p.59):

[10] Sobre o conceito de estilo de pensamento ver capítulo 2.

> As possibilidades de diálogo no âmbito das concepções doutrinárias [entre racionalidades médicas diferentes e entre estas e terapêuticas diversas] são escassas. Mas se admitirmos que a medicina tem por função básica o alívio do sofrimento e a cura, enfim, a busca de resultados clínicos, e não a simples conquista da hegemonia da produção discursiva sobre a saúde e o adoecimento, é possível estabelecer uma série de pontos de contato e de colaboração se nos ativermos à prática clínica (diagnose e terapêutica).

Um exemplo registrado de um contato convergente entre duas racionalidades radicalmente díspares é narrado por Seltzer (*apud* Feldman & Kornfield,1994). Em um hospital norte-americano, um "médico" tibetano de nome Yeshi Dhonden fez uma visita a uma paciente internada, sua desconhecida, que não apresentava evidência, à inspeção biomédica, da natureza de sua enfermidade, e com a qual não conversou além de um cumprimento. O médico tibetano, após examiná-la através de uma longa observação, uma longa tomada de pulso e uma inspeção da urina da paciente (com olfação e agitação da mesma), discutiu o caso com os biomédicos:

> Yeshi Dhonden fala (...) de ventos que atravessam o corpo da mulher, de correntes que batem de encontro a barreiras, formando remoinhos. Esses vórtices estão no sangue dela, diz ele. Os últimos excesso de um coração imperfeito. Entre uma e outra câmara deste coração, muito antes de ela nascer, um vento soprara e abrira um grande portal que nunca deveria se abrir. Por esta abertura avançaram todas as águas de um rio, como um riacho de montanha se avoluma na primavera, esfacelando e arrastando terras, engolfando a sua respiração.
>
> - Será que poderíamos agora ouvir o seu diagnóstico? – perguntou um dos professores. O verdadeiro diretor da ronda, o homem que sabe, responde:
>
> - Lesão cardíaca congênita – diz. – Má formação do septo interventricular, com resultante insuficiência cardíaca. (Seltzer *apud* Feldman & Kornfield, 1994, pp.61-62).

Infelizmente o relato nada diz sobre as terapêuticas respectivas, mas é muito ilustrativo quanto ao fato de que, ressalvados e flexibilizados os estilos de pensamento, é plenamente plausível e enriquecedor para ambas as partes o diálogo inter-racionalidades, justamente pela possibilidade de os interlocutores conceberem que outros mundos, outras tradições, saberes, valores, métodos e pressupostos, não tematizados ou mesmo tematizáveis pelo seu estilo de pensamento, podem ser transitáveis pela experiência humana; podem ser válidos, eficazes e úteis perante a missão comum de todos os médicos e curandeiros: buscar a cura dos doentes. E assim, inclusive e potencialmente, disporem-se a aprender com o outro para enriquecer sua capacidade de curar:

> (...) apesar de se tratarem de paradigmas inegavelmente distintos,(...) as racionalidades médicas homeopática, orientais e científica moderna têm pontos de paralelismo e encontro nas dimensões da *diagnose* e da *terapêutica*. Mas isto não nos autoriza a firmar que no plano da prática, do *agir clínico*, as diferenças se desfazem. Entretanto, é evidente que a superação de contradições entre sistemas passa muito mais pela arte da *cura* do que pela *ciência da doença* (ou do adoecer humano) (Luz, 1996, p.27).

Poder-se-ia, então, facilmente imaginar o quão numerosos seriam os casos, comuns nos postos de saúde e ambulatórios, não enquadráveis biomedicamente, com vários sintomas dispersos e às vezes persistentes, a que são dispensados não mais que muitos sintomáticos após exames complementares infrutíferos e consultas especializadas, que poderiam tornar-se compreensíveis como "adoecimentos" organizados a partir de leituras de outras tradições não científicas ou outras racionalidades médicas, inclusive admitindo, então, tratamento possivelmente eficaz e acessível[11]. Ou mesmo apenas poderiam ser tratados com terapêuticas ditas alternativas de modo muitas vezes inócuo e eficaz. Assim como poder-se-ia enriquecer a terapêutica e a compreensão de tantos outros doentes cujas patologias recebem tratamentos paliativos e muitas vezes iatrogênicos na biomedicina.

Além disso, um outro fator positivo que facilita tal convivência de distintas tradições na atenção à saúde foi estudado por Barros (1997a,b). Segundo o autor, a partir da segunda metade da década de 80, diferentemente das duas décadas anteriores (onde havia uma maior ruptura e disputa por parte da chamada "medicina alternativa" em relação à biomedicina), amadurece a noção de Medicina Complementar com

> uma lógica mediada pela conjunções aditivas "e...e", em substituição à do período anterior, cujas conjunções eram alternativas "ou...ou" (id.,p.1).
> Se no período anterior a lógica foi de exclusão ao nível das idéias, das práticas e da própria economia e política, neste período a mediação deixa de ser alternativa para passar a ser aditiva, onde se pode pensar e agir, enfim, exercer um saber/fazer que veicula diferenças concomitantemente. Assim, aquilo que complementa não se opõe *a priori*, portanto torna possível "isso e aquilo" (...) [e] já não exige a dissolução do modelo caro, ineficaz e iatrogênico da medicina alopática, mas pelo contrário, passa a procurá-lo com o fim comum de se alcançar melhores níveis de saúde (ibid.,p.9-10).

[11] Um exemplo banal seriam as tonturas, embaçamentos visuais, pruridos oculares, zumbidos nos ouvidos, amargos ou azedos na boca, etc., freqüentemente refratários à investigação, compreensão e terapêutica biomédica, que podem, por exemplo, ser entendidos através da medicina tradicional chinesa como problemas de desequilíbrio da "energia do fígado e vesícula", passíveis de tratamentos simples e inofensivos, por vezes eficazes (empiricamente, é claro.) Outro exemplo seriam os quadros igualmente comuns mas mais variados, enquadráveis ou não, que se caracterizam por se relacionarem nitidamente com eventos marcados da vida do doente, de caráter emocional ou não (sustos, lutos, traumas físicos ou ambientais), e que são muito resistentes à terapêutica ou são quadros de repetição: os mesmos muitas vezes são eficazmente tratados pela homeopatia, assim como muitos problemas de saúde em geral, num enfoque fenomenológico, que inclusive prescinde nesse saber de pormenores explicativos ou fisiopatológicos.

Ou seja, os praticantes e aficionados das práticas e saberes não científicos em saúde começam a se abrir para uma colaboração com o saber biomédico, para além das disputas pela legitimidade e pelo poder da ordem dos "curandeiros oficiais" na sociedade.

Um quarto aspecto relevante do tema sobre a possibilidade e "desejabilidade" da presença de racionalidades médicas e terapêuticas diversas nos serviços de atenção à saúde diz respeito à interação das concepções cosmológicas[12] subjacentes às racionalidades e terapias diversas com o universo cultural dos doentes e grupos sociais no Brasil atual. Como vimos no capítulo 2, a cosmologia biomédica caracteriza-se por um ideário mecanicista e materialista, inspirado na física newtoniana, e carrega uma monotonia simbólica em relação ao adoecimento e à cura de cunho ontológico-localista e mecânico-causal.

Ocorre que a cultura em saúde das populações no Brasil é um mosaico em que concepções de mundo e várias representações sobre o homem e as doenças se misturam. Talvez predominem hierarquicamente, ainda, nesse universo, idéias anímicas, religiosas, tradicionais, vitalistas (Luz, 1995). Aqui, os adoecimentos e curas estão inscritos e perpassados por forças, energias, destinos, missões, culpas, sentimentos, espíritos e outras entidades, rituais, promessas, intencionalidades, emoções, transgressões naturais, morais etc., numa grande diversidade simbólica.

Pelo lado das outras racionalidades médicas e práticas terapêuticas, suas cosmologias diversas apresentam-se com semelhanças nítidas, apesar de sua grande diversidade. Os estudos antropológicos o mostram em relação às práticas populares e religiosas em saúde-doença e os estudos de Luz (1992,1996) o revelam em relação às racionalidades da homeopatia, da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurvédica (medicina tradicional da Índia); a ponto de Luz (1996) lhes ter imputado um "paradigma vitalista". Nesse universo, noções como macro e micro-cosmo, energia, força, sopro, corpo energético ou espiritual, desequilíbrios individuais, forças naturais e 'sobre-naturais', etc. têm existência e papel importantes:

[12] No sentido dado por Luz (1996), em que toda racionalidade médica porta uma cosmologia mais ou menos implícita ou explícita subjacente às sua teorias e métodos, ao seu sistema de diagnose de terapêutica, à sua descrição da morfologia e dinâmica vital humanas e à sua doutrina médica.

> Cosmologias que integram o homem e natureza numa perspectiva de macro e micro universos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, (...) [tem] profundas repercussões tanto nas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos dessas medicinas. Essa dupla integração leva a considerar a doença fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microuniverso que constitui o homem; relacional no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual.(..) (id.,p.23)
> Essas medicinas [homeopatia e medicinas orientais] têm em comum o mesmo objeto, o ser humano doente, e o mesmo objetivo, que é *curar o indivíduo*, restabelecendo-lhe a saúde, ou expandindo-a. Além disso, partilham uma cosmologia integradora da natureza e do homem, e, no interior do homem, seus aspectos natural e espiritual (sobrenatural). O meio ambiente, natural e social, bem como as circunstâncias do adoecimento têm, para essas medicinas, grande importância no estabelecimento de diagnósticos. Outros elementos, de natureza *qualitativa*, como duração, intensidade, modalidade, lateralidade, ritmo, etc. dos sintomas, vistos tanto nos planos orgânico quanto sensorial, emocional e espiritual (domínio da existência, da vontade, da liberdade), são considerados de grande importância nos sistemas diagnósticos dessas racionalidades médicas, o que dá origem a uma semiologia riquíssima e detalhada, bem como a diversas técnicas de exame e obtenção de diagnóstico" (id., pp.27-28).
> Todo sintoma, nesses sistemas, faz sentido, porque exprime um padrão de desequilíbrio/desarmonia de um sujeito. De fato, o adoecimento começa muito antes de manifestar-se em lesão orgânica (Doença, em termos ocidentais) (Luz, 1998, p.26).

A maior proximidade simbólica com o universo cultural em saúde dos doentes[13], a construção racionalista mais frouxa ou mais ligada fenomenicamente aos movimentos e múltiplos aspectos sintomáticos do doente e de seu adoecimento, a grande riqueza em apreender e significar sintomas e adoecimentos, a relação mais direta com o indivíduo doente em sua situação existencial, etc. facilitam a essas medicinas e terapêuticas não biomédicas uma aproximação mais respeitosa dos doentes e seus adoecimentos, já que a carga de estranhamento e imposição interpretativos aí é menor, facilitando o maior fluxo simbólico[14].

Além disso, as medicinas e terapêuticas não biomédicas podem ser (e, de fato, na prática cotidiana de atenção isto se verifica[15]) de grande valia enquanto

---

[13] Exceção feita, evidentemente, aos doentes com longa convivência com o ideário biomédico – crônicos ou muito institucionalizados – e aos já adeptos desta visão.

[14] Vale comentar a convergência com o aqui exposto ocorrida em sociedades bem mais modernizadas. Por exemplo, em um inquérito nacional nos Estados Unidos, investigando "por que pacientes usam medicinas alternativas", em busca de fatores preditivos do uso destas medicinas, o autor assim conclui seu *abstratct:* "*Along with being more educated and reporting poorer health status, the majority of alternative medicine users appear to be doing so not so much as result of being dissatisfied with convetional medicine but largely because they find these health care alternatives to be more congruent with their own values, beliefs and philosophical orientations toward health and life*" (Astin, 1998).

[15] Ver, por exemplo, Carvalho (1998). A autora relata as contribuições da racionalidade homeopática à atenção à saúde num posto de saúde. São relativamente raros relatos e experiências dessa ordem, em que pese certa disseminação dessas práticas por profissionais "desviantes" isolados.

tecnologias simultaneamente leves e leveduras, ao mesmo tempo terapêuticas, preventivas e desmedicalizantes. Inclusive porque a diversidade de terapêuticas nesse universo é grande, e nele persiste uma gama de práticas e saberes autonomizáveis ou autônomos, "validáveis" através da "experienciação" e experimentação individual e coletiva não cientificizada, que pressupõe a participação ativa dos sujeitos na sua terapêutica, permitindo-lhes enriquecer seu cabedal de saberes e competências para ação e responsabilização em saúde.

Frente ao discutido até aqui e dada a urgência do desafio da desmedicalização, podemos afirmar como necessário e desejável o *descolamento* dos serviços e dos profissionais da atenção à saúde do imaginário e da prática estrita da biomedicina atual. Ou seja, não há, hoje, motivo que justifique e sustente o monopólio quase total da legitimidade tecnológica que o saber clínico-epidemiológico vem desfrutando nos serviços de saúde públicos. Parece-nos, portanto, que o duplo movimento acima referido, de afastamento crítico da biomedicina e de expansão das buscas por recursos de tratamento dos problemas de saúde, individuais e coletivos, para além dos referenciais científicos, vem se tornando cada vez mais necessário e urgente.

No dizer do Feyerabend (1985, p.337):

> ... É mais do que tempo de acrescentar a separação Estado-Ciência à separação, hoje habitual, entre Estado e Igreja. A ciência [biomedicina] é apenas um dos muitos instrumentos inventados pelo homem para fazer face à circunstância [ao adoecimento e à doença]. Não é o único, não é infalível e tornou-se demasiado poderoso, dinâmico em demasia, excessivamente perigoso para ser abandonado a si mesmo.

Na área da saúde, a proposição de Feyerabend converge com a nossa e significa a separação entre os serviços públicos de saúde e a biomedicina, ou, mais precisamente, entre a atenção à saúde institucional e a biomedicina.

É claro que isso traz o emergir de um universo novo de problemas para os profissionais de saúde, a academia e suas disciplinas e a saúde coletiva, cujas soluções vislumbramos apenas em diretrizes bem gerais. Mas, trata-se aqui de fundamentar a legitimidade e necessidade das perguntas e dos problemas, que já portam em si direcionalidades e soluções potenciais: é o primeiro passo para que se dê a construção de respostas.

Por fim, uma das dificuldades levantadas por esse *descolamento* é básica e merece um comentário: que critérios pautariam, então, a organização e avaliação

das ações institucionais de saúde? De outro modo: que critérios seriam eleitos para nortearem a eleição de saberes, técnicas, racionalidades médicas a se fazerem presentes nos serviços, ou a nortearem a terapêutica de uma dado doente?

A resposta não é difícil, mas não existe pronta em nenhuma teoria: ela se constrói na prática da atenção à saúde e no gerenciamento dessa prática, constituindo-se basicamente do exercício e da busca continuada por terapêuticas que incrementem a eficácia clínica e simbólica e a autonomia dos doentes, sempre levando em conta avaliações compartilhadas de risco-benefício terapêutico, supondo uma lógica de não fechar os destinos e prognósticos do mesmo. Isso significa alimentar uma eterna busca de terapêuticas que não precisa respeitar nenhuma racionalidade médica a princípio, deixando assim aos interessados – doentes, principalmente, e terapeutas – a decisão[16].

Ou seja, como já propôs Almeida (1996), a terapêutica é o "filão de ouro" a conduzir a avaliação e experimentação de tecnologias de atenção à saúde. Para Almeida (1996), a medicina possui seus propósitos, e nisso ela converge com a atenção à saúde. Sua prática e seus fundamentos devem corresponder aos resultados práticos. Sem dúvida, a terapêutica é a grande provedora de *feedback*, a verdadeira retroalimentação às teorias e práticas médicas. No entanto, a terapêutica biomédica e seu *feedback* estão "amarrados" pela metodologia científica dos ensaios clínicos, que monopolizou a legitimidade para dizer o que "realmente" acontece ou não acontece como resultado dos tratamentos de saúde. Provavelmente jamais uma única metodologia de teste (enquanto "receita de bolo") concentrou em si tanto poder, cegou tanto os biomédicos, criou e destruiu tantas "verdades médicas científicas". Seu conteúdo é mutável, mas sua aura de cientificidade está intocada, "permanece e permite a sobrevivência do poder" (num plágio de Feyerabend, 1991, p.21).[17]

---

[16] Convergimos, de novo, com Feyerabend (1991) quando ele levanta "objeções ao pressuposto de que é possível resolver os problemas de longe, sem a participação nas atividades das pessoas envolvidas. (...)Podem ser impostas as condições limitativas e as soluções inventadas por especuladores (cientistas e acadêmicos) distantes, *mas só pela via do desrespeito de toda a humanidade das vítimas*." (id.,p.354-5; exceções são discutidas pelo autor na nota da pág. 39).

[17] Além disso, apesar da massiva aceitação biomédica dos ensaios clínicos, há discussões quanto à sua validade e racionalidade (Herman, 1995; Patel, 1987; Moses, 1995). De acordo com Coulter (*apud* Almeida,1996, p.144), os testes clínicos controlados: "a) não são científicos na acepção da palavra, b) raramente são conduzidos conforme planejados; c) não têm sido um método eficaz em agregar novos conhecimentos terapêuticos, d) não influenciam a conduta do médico como (...) se pensa".

A reflexão sobre a terapêutica coloca de imediato a questão da finalidade e do propósito. A terapêutica “impõe, obriga, constrange o pensamento e a ação na busca da finalidade; é geneticamente teleológica” (id.,p.174).

Segundo Almeida (1996), a premissa da busca do resultado terapêutico abala as fronteiras doutrinárias e respalda o desenvolvimento de posturas ecléticas; mais do que isso, a natureza do campo da terapêutica não só permite como demanda o ecletismo (uma categoria excluída da medicina científica). A terapêutica, referenciada na busca do resultado e nos interesses do doente, é capaz de resgatar o ecletismo, retirando-o da vala comum das categorias malditas na biomedicina. “Nessa perspectiva, o ecletismo significaria a determinação médica de capacitar-se de forma ampla ou, simplesmente, de admitir a multiplicidade de recursos terapêuticos e das medicinas, cujo acesso é um direito do paciente” (id.,p.168). A nosso ver, tal perspectiva pode e deve ser estendida aos serviços de atenção à saúde, que não têm por que continuar totalmente submetidos ao jugo da “medicina ciência”, já que os serviços estão ou precisam estar pelo menos tão submetidos à lógica teleológica como a biomedicina ou as medicinas e terapêuticas em geral.

Dada a fragilidade do pensamento dominante na biomedicina, em que a terapêutica seria dependente do conhecimento sobre a doença (causa, mecanismo fisiopatológico, etc.), o que não ocorre mesmo dentro da própria biomedicina, Almeida (1996) destaca a necessidade de se afirmar a singularidade do campo da terapêutica e o primado da terapêutica sobre a diagnose.

> ... A terapêutica não é um campo dependente da diagnose, pois tem brilho e personalidade próprios. Mesmo na medicina ocidental contemporânea, onde vigora a hegemonia do racionalismo mecânico-causal, a construção e o desenvolvimento do campo da terapêutica se tem dado em grande medida pela contribuição do empirismo. Além disso, grande parte da conduta medicoterapêutica não encontra amparo nas teorias médicas, mas sim na cultura, na vida sócio-econômica, na ideologia ou na experiência do terapeuta. O intervencionismo ou o conservadorismo terapêuticos, por exemplo, não são descendentes diretos desta ou daquela doutrina médica, são expressões de concepções e de estilo de pensamento médico, freqüentemente sem amparo doutrinário.(...) A terapêutica deve ter como principal parâmetro de avaliação o resultado, e não a coerência lógica dos seus pressupostos. Dessa forma, não haveria incompatibilidade entre os vários sistemas terapêuticos. Muitas vezes a prática terapêutica se sustenta, empiricamente, na própria terapêutica; não há, portanto, a necessidade de se a validar pelas fisiologia e patologia.(...) Apesar de todo o discurso científico da terapêutica química, cerca de 90% dos medicamentos foram “produtos do empirismo”(Almeida, 1996, pp.11-15).

Para melhorar a atenção biomédica e abrir espaço para o reconhecimento, o estudo e o uso de outras terapêuticas e racionalidades médicas faz-se mister a assunção dessa revalorização da terapêutica, a qual exige um ecletismo que faz re-emergir o empirismo, banido da medicina científica. Faz-se necessária, então, uma revisão do valor e da posição do papel dos sujeitos terapeutas, médicos ou não, enquanto observadores sistemáticos, cotidianos e empíricos. Esses sujeitos podem acumular (em si) e construir conhecimento terapêutico, e com isso enriquecer e criticar o saber/prática biomédico, contribuindo para sua reconstrução[18], reequilibrando seus pólos (racionalismo e empirismo) e "abrindo" o ambiente da atenção à saúde para o enriquecimento e a ampliação das práticas em saúde, sejam biomédicas ou não. Assim fica facilitado o desenvolvimento de ações de maior eficácia terapêutica e promotoras de autonomia, restringindo ao máximo a medicalização (o que, com efeito, já seria facilitado pela quebra do monopólio biomédico na atenção e na prática terapêutica).

Portanto, basta assumir e supor um mínimo desse duplo movimento acima – afastamento crítico da biomedicina e abertura para as demais medicinas e terapêuticas – juntamente com algum interesse terapêutico (vontade e compromisso em tratar do paciente) que daí decorre a facilidade de reconhecer as medicinas e terapêuticas existentes em todos os lugares, o que já foi inclusive estudado pelos sociólogos da saúde e batizado de "itinerário terapêutico", com as quais se pode trocar e aprender.

Com o *descolamento* da atenção à saúde da biomedicina, fica mais fácil enfrentarmos o problema da geração de conteúdo alternativo à medicalização a qual, precisamos assumir, temos feito quase sistematicamente (profissionais e instituições dos serviço públicos). Esse *descolamento* permite que se explore, com o critério maior do risco/benefício terapêutico (e não o critério de ser considerado "científico" pela comunidade médica hegemônica), as parcerias que podem ser feitas, os aprendizados que podem ocorrer, as tecnologias de todos os tipos que podem ser desenvolvidos, resgatados e acessados como aliados nos processos terapêuticos, a

[18] Assim esboçamos uma estratégia de viabilização da proposta formulada por Scrhaiber (1995): buscar inverter a relação hierárquica no imaginário médico atual entre a técnica (científica, hierarquicamente superior hoje) e a moral - supondo estar nesse segundo termo o espaço do sujeito, da ética, da responsabilidade, da solidariedade, etc. A nosso ver, trabalhar a partir dessa distinção é problemático; supõe uma certa aceitação da separação entre ambas, técnica e moral, como real. Com as propostas aqui defendidas de priorização da terapêutica centrada nos terapeutas acreditamos estar indiretamente tratando do *x* dessa questão, e no sentido indicado pela autora.

enriquecer o "bê-a-bá" da farmacoterapia/cirurgia.

Aos poucos, pode-se descobrir, sem muitos traumas, que há verdadeiras potências terapêuticas para “além-muros” da ciência médica, muitas delas fáceis, baratas, mais ou menos acessíveis: seja em outras medicinas ou sistemas médicos, a princípio heterônomos mas com potencial autonomizante (como a homeopatia, a medicina chinesa, etc.), seja em terapêuticas diversas para vários tipo de problemas (massagens, exercícios, “remédios caseiros”, meditações, dietas, aplicações - argilas, banhos, emplastros, ervas medicinais etc.), seja em recursos como grupos de atividades (de ginástica, de relaxamento, de terceira idade, de ressocialização), grupos terapêuticos ou preventivos para doenças específicas, grupos de orientação “psi”, técnicas de relaxamento ou apenas uma "papoterapia" bem feita numa consulta “desviante” ou noutro ambiente a ser inventado. E então se pode começar a ligar tudo isso com vários "slogans" clássicos como "atenção integral", "ação preventiva", vínculo e relação médico-paciente, aspectos subjetivos do adoecimento e da cura, determinantes sociais e econômicos que aí podem aparecer mais facilmente e serem abordados no varejo do dia-a-dia da atenção.

Assim, apesar desse movimento acima implicar dificuldades e problemas de várias ordens, agora apenas queremos ressaltar a nossa tese de que há necessidade de reconhecimento do universo dessas questões como relevantes para atenção à saúde nos serviços públicos. Elas merecem ser enfrentadas. Isto posto, abre-se um leque de desafios e possibilidades: quase tudo está ainda por fazer.

Reformar a clínica biomédica por dentro

Outra linha de propostas inevitáveis, além do *descolamento* e da “quebra do monopólio” da biomedicina no saber/fazer em saúde institucional, e convergente com ela, é o desafio da transformação da biomedicina por dentro dela mesmo. Urge construirmos critérios e saberes para o reconhecimento, o crescimento e a disseminação de inovações na prática biomédica, que podem muito bem ser desenvolvidas no exercício da atenção à saúde[19] - na direção de uma clínica ampliada (cf. Campos, 1997a,b).

[19] Enfatizamos aqui este pólo de ataque do problema (a prática da atenção à saúde). Propostas para a abordagem do pólo relacionado ao saber biomédico (teoria) e sua transformação fogem aos objetivos concebidos para este trabalho. A esse respeito ver, como exemplos, Dossey (1998) e Capra (1996).

É preciso, pois, “desconstruir” a "instituição médica" e sua clínica hegemônica *praticamente* e inventar novos modos e abordagens dos problemas de saúde (tecnicamente diagnosticados ou não) para as demandas por atenção à saúde nos serviços.

Faz-se necessário na biomedicina e na atenção à saúde em geral um movimento análogo ao que fez a área da Saúde Mental na Itália e que ganha cada vez mais espaço no mundo, levando em conta, porém, todas as complexidades e diferenças pertinentes. Se na Saúde Mental o estatuto científico das doenças psiquiátricas e seu tratamento é muito mais frágil, o mesmo não se pode dizer da biomedicina do corpo. Se nela lá (na saúde mental) é mais visível e concebível a melhor eficácia terapêutica de se colocar a doença entre parêntesis e se dedicar ao doente, seu tratamento e sua re-socialização no seu meio (e é a isto que os italianos chamam território[20]), o mesmo não é tão visível na área “somática” da biomedicina: o imaginário e o saber científico ontológico-localista e mecânico-causal da doença são muito fortes. Nessa área a doença e as regras dos manuais biomédicos precisam ser mais respeitadas e mais levadas em consideração, em termos de nomes, definições de quadros, prognósticos, riscos e seus significados etc.. Pois seu estatuto científico é muito mais resistente a questionamento, sua terapêutica idem e sua relação com as “doenças dos doentes” é complexa, sua legitimidade está consumada.

Essa possibilidade e necessidade de novas formas de atenção e mesmo de uma nova clínica, uma reforma da clínica, pressupõe uma certa linha geral de concepção e política institucional ao nível das práticas gerenciais dos serviços, imprescindível para viabilizar mínimas condições intra-institucionais que permitam seu desenvolvimento e mesmo, se possível, o estimulem, assim como o foi no caso da Saúde Mental. A nosso ver, as idéias do grupo de Campos[21], com sua heterodoxia institucional, seu realismo político, sua intransigência ética vinculada à democratização e questionamento dos processos de trabalho, bem como sua busca de emancipação dos sujeitos com vistas ao aumento de autonomia e à finalidade do trabalho em saúde, viabilizam e constituem-se como campo fértil de propostas político-institucionais e administrativas a contribuírem para essa reforma, à qual as

[20] Ver Roteli (1992).
[21] Vide capítulo 1.

estratégias adiante esboçadas, mais de caráter interno à atenção à saúde biomédica no que tange ao seu conteúdo, também querem contribuir.

Há sempre em jogo, pode-se dizer, dois componentes básicos em toda a situação onde uma pessoa procura ajuda num serviço de saúde.

O primeiro é um componente de resignação e passividade que envolve o desejo de reconhecimento pelo outro de seu sofrimento como legítimo e real. O reconhecimento de sua situação humana de impotência frente à situação vivida. Aí está presente a expectativa de uma atenção compassiva e solidária, bem como de uma resposta do terapeuta que interprete a situação de seu adoecimento, o que envolve a descoberta de uma doença (biomedicamente muitas vezes impossível) cuja nomeação é esperada, como se ao nomeá-la ela se tornasse conhecida, deixasse de ser ameaçadora, e, então, no imaginário do doente e também do médico, curável ou tratável. Tudo isso, ainda, comumente, tem um efeito de aliviar e repartir a dor, redimir culpas – tão freqüentes em nossa cultura cristã. Há, também, a projeção de poder no profissional, nos exames e drogas, com expectativa de uma solução imediata dos problemas.[22] Esse primeiro componente envolve, então, uma certa passividade. Tanto a satisfação como a frustração dessas expectativas e desejos comumente geram uma tendência à repetição de um novo ciclo similar, na próxima consulta, no outro exame, no especialista. Este é o campo onde cresce a dependência, a medicalização e a heteronomia.

Por outro lado, há um segundo componente básico na procura por atenção à saúde: um componente de esperança e desejo de encontro com um terapeuta, que possa indicar quais são os problemas e o que fazer para curá-los ou melhorá-los. Há sempre uma abertura, escondida que esteja, para um encontro sincero com um "curador", que facilite e indique o caminho de melhora, mais vida, mais saúde. Esse lado, que também mobiliza o doente a refazer suas frustradas ou repetidas tentativas de busca de auxílio médico, pode muito bem se revelar, se explorado, fonte de insuspeitadas capacidades, disposições e engajamentos em movimentos que não

[22] No entanto, apenas uma parcela de pacientes podem ser "portadores de uma patologia biomédica", sendo boa parte deles considerados pelos profissionais como "sãos" , "píssicos", "funcionais", etc. Em todo o caso, não passíveis de reconhecimento pleno como verdadeiros doentes, merecedores da atenção humana solidária e de tecnologias eficazes para interpretação e principalmente tratamento de seus problemas: portando, não legítimos. Tais doentes formam um grupo carente de reconhecimento intersubjetivo de seu sofrimento e de terapêuticas apropriadas e eficazes para seus males – mais apropriadas do que a sedação quimioterápica de sintomas, de ansiedades, de *nervosos,* etc., cujo conteúdo medicalizante e o perigo iatrogênico são evidentes.

somente lhe sedem os sintomas nem lhe aliene de seus problemas, mas ajudem a construir uma maior autonomia e a participar ativamente de sua terapêutica. Esse segundo componente revela o potencial humano de inovação e de resistência, que é ao menos latente em todos, e que pode, com as devidas peculiaridades de cada um, ser descoberto, incentivado e nutrido.

Para a realização de uma atenção à saúde desmedicalizante e eficaz, o profissional inevitavelmente terá que ceder um tanto do que o paciente lhe pede. Ele terá que dar ao paciente algo que pode variar muito: drogas, injeções, atenção, palavras, receitas, nomes de doenças, carinho, explicações, consolos, compaixão. O profissional deverá reconhecê-lo como doente legítimo, aliviando-lhe sintomas. Ou seja, terá que satisfazer minimamente o primeiro componente da busca por atenção. Mas, ao mesmo tempo, terá que oferecer ao doente perspectivas de crescimento e movimento, interpretações não fechadas para seus problemas; convidá-lo para uma abertura que permita a manutenção da esperança. Propor-lhe terapêuticas que possam ser um novo vínculo e uma possibilidade de movimento inicial de um ciclo não *a priori* fechado nem tão repetitivo e doentio de consumo de serviços diagnósticos e terapêuticos. Esse vínculo tentará manter-se aberto cada vez mais, em direção à solidariedade e ao auto-serviço, à responsabilização e ao aprendizado vivencial, resgatando a autonomia.

Dentro deste duplo movimento necessário, de reconhecimento/reforço de sua situação de impotência/dependência/estagnação momentânea no que tange à saúde-doença (que permite fazer vínculo e gerar confiança, empatia, cumplicidade) e de convite/oferecimento para um novo movimento em direção à autonomia e melhora clínica (sempre possível de estar presente na relação doente-terapeuta em qualquer serviço), o desafio do profissional será sempre, mantendo vivo o lado do reconhecimento e da empatia para com o paciente, estimulá-lo para o segundo componente, para o lado do movimento novo em busca de independência e de suas potencialidades de melhora (e por que não cura), em busca conjunta de terapêuticas eficazes e apropriadas, viáveis, passíveis de acesso ou desenvolvimento.

Para isso, os profissionais e a instituição deverão ter vários tipos de recursos básicos, referentes à própria biomedicina e a outras terapias não científicas, à sua relação com o paciente, aos seus parceiros terapeutas da área científica ou não, aos recursos, equipamentos e parcerias sociais que poderá utilizar ou viabilizar, à sua própria organização interna e prática de gerência e trabalho profissional de atenção.

Estes recursos, é preciso que se diga, têm custo mínimo, e estão disponíveis facilmente, mas sua dificuldade reside em que implicam, pressupõe e geram uma lenta transformação na cultura e no imaginário de profissionais e pacientes. Implicam portanto, mexer com as cabeças e corações das pessoas, além de muito mexer nas micro-estruturas e micro-poderes institucionais e profissionais: e isto não é fácil, mas plenamente factível e urgentemente necessário. A seguir comentamos sobre os diversos recursos e mudanças mencionados.

Primeiramente, cumpre comentar os recursos referentes à relação médico-paciente, que podem ser discutidos sob várias óticas (correntes "psi" ou não), mas que só podem ser construídos no trato com os doentes - ainda que possam ser facilitados e embasados por preparo teórico, supervisão, etc., seja individual, seja em equipe, onde sempre é mais fácil tais percepções. No entanto, há sempre, aqui, que se responder, provisoriamente, a certas perguntas pragmáticas, como por exemplo: O que o doente quer? Qual seu sofrimento maior? De que precisa, subjetivamente, para criar vínculo, e que posso lhe oferecer? O que lhe é imprescindível, sem o qual sua frustração prevalecerá sobre sua resquicial esperança, tolerância, independência, compreensão. É essencial sedar quimicamente sua dor, sua angústia, sua insônia? Agora ou pode-se esperar? Por outro lado, há que perguntar sobre o que pode mobilizá-lo, o que lhe pode fazer bem, alimentar sua autonomia, estimular seu autocuidado. Que recursos e que apoio pode-se oferecer aqui, no seu meio? São questões a serem respondidas caso a caso, ou em agrupamentos dos mesmos sob vários possíveis critérios. Todas questões que podem ser progressivamente mais e melhor respondidas, sempre provisoriamente, quanto mais democraticamente e eticamente estiver a equipe de saúde e os profissionais vinculados e compromissados com os projetos terapêuticos individuais ou coletivos existentes, e com o desenvolvimento e criação deles na medida da necessidade e possibilidade de pacientes, profissionais, conjuntura social e política.

Uma questão crucial, facilitadora da relação médico-doente, é a idéia definitiva de que cabe ao profissional, como quesito indispensável ao cumprimento da relação de *cura*, o oferecimento de interpretação, de significado para a "doença do doente", de modo a tentar reorganizar as representações, medos, ansiedades e desejos do paciente, sob pena de violência simbólica. Isso, em geral, envolve diálogo e explicação sobre causas, sobre o tratamento e sobre o prognóstico. Tal interpretação pode ser transitória, parcial, paliativa, ou ser adiada para posterior

momento. O importante é que precisa ser abordada, deve existir, ser sincera e personalizada, ainda que signifique a assunção de ignorâncias, e dificuldades de diálogo (devido a bloqueios comunicativos, de linguagem ou alteridade cultural). Nesse sentido, como vimos, o saber biomédico é problemático, mas tem sua interpretação a dar. Já os saberes de outras racionalidades médicas muita vezes podem contribuir para o enriquecimento das possibilidades de significação dos adoecimentos.

Quanto aos recursos referentes à biomedicina e sua relação com os pacientes, há que se discutir e desenvolver "sabedoria" consensuada para manipulação dos recursos e poderes tecnológicos duros típicos da medicina científica, seja de diagnóstico seja de terapêutica. Tal sabedoria não pode se esgotar no saber técnico clínico-epidemiológico, que sempre arroga para si tal poder, nem pode ser relegada sistematicamente à competência individual de um ou outro profissional (médico, especialista, autoridade do serviço), devendo preferencialmente ser tomada como objeto de discussão no varejo dos projetos terapêuticos e dos tipos de situações-problema trazidas pelos pacientes, confrontados com o saber técnico e os riscos por ele indicados, as possibilidades institucionais, as possibilidades sociais, culturais e econômicas dos pacientes. Da tensão de tantas variáveis entre si e delas com a opinião do doente, pode-se ir refinando a percepção das necessidades e possibilidades de cada caso, de modo a delinear provisoriamente projetos terapêuticos individuais.

Há, porém, diretrizes gerais balizadores que podem ser traçadas, no sentido de:

- não se deslizar para a compulsão de estabelecimento de diagnóstico, natural no doente e mais ainda no profissional (cuidando de fazê-los sempre que possível), considerando riscos e benefícios de ordem terapêutica, econômica e social, priorizando as conseqüências terapêuticas a princípio. Mesmo tendo fechado diagnósticos, não se deve cerrar o destino do doente com os nomes das doenças e sua incurabilidade ou curabilidade, já que ambas são estritamente relativas aos modos e padrões da medicina científica, cujo poder de previsão com respeito a vida individual de um doente é no mínimo imprevisível, a rigor. Mas é preciso cuidar de não privar o doente dos conhecimentos e saberes médicos sobre sua situação. Devemos lembrar sempre que, no mínimo, a nossa medicina é apenas mais uma, e

apenas pelos nossos recursos biomédicos atuais tal ou qual doença é incurável, ou crônica, ou com prognóstico definitivo.

- não forjar a “doença entidade” que o doente carrega, nem para o paciente nem para o profissional. Ou seja, tentar *desontologiza*r a doença e o sofrimento, devolvendo-os ao doente e ao nível fenomênico e existencial do mesmo, partilhando sua angústia e buscando terapêuticas para a situação. Isso demanda uma profunda mudança cultural no imaginário médico, trabalho que praticamente não se iniciou e não terá fim. Mas é necessário e viável se for resgatado o personagem que não tem lugar na teoria médico-científica: o sujeito doente. A maneira prática de isso acontecer pode ser, muitas vezes, uma simples, mas profunda mudança de enfoque. Em vez de " você não tem nada" ou "está com X", um começo de conversa como "acontece com você algo que estamos tentando entender,... ainda não conseguimos entender... ou que chamamos na medicina de Y, que significa...”, o fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita ou encaminhamento; mas o início de um novo patamar de conversa, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psico-sócio-existenciais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação (inclusive não biomédicas). É em tal investigação e intervenção que ambos, profissionais e doente podem tentar viabilizar a cura com intuito de melhora clínica, autonomização progressiva e com emancipação total no limite.

Ainda como orientação primária quanto aos recursos científicos para a construção de um imaginário e uma prática de atenção à saúde desmedicalizantes, é necessário resgatar alguns adágios genéricos que fornecem orientação segura, e que quase nunca têm conseqüência prática nas condutas e nos serviços. Há que discuti-los praticamente, nos casos reais pelos corredores e consultórios dos serviços. Um poderia ser "*primum non nocere*", ou seja, “primeiro, não ser nocivo”. Ora toda intervenção em que o risco/benefício terapêutico seja duvidosa, por princípio, deve ser evitada. Outro adágio se revelaria na missão de proteção que o profissional tem em relação ao doente: protegê-lo com a biomedicina dos perigos iminentes das doenças e agravos à saúde que o estejam ameaçando, seja com risco de vida, de complicação ou seqüela importante etc., mas também, e isso é imprescindível que fique muito marcado, protegê-lo dos perigos em que a biomedicina pode se transformar e vem se transformando quando usada sem cuidado, apenas com critérios técnicos convencionais.

É também missão do profissional trabalhar para desmistificar e "desfetichizar" a potente ação inibidora e controladora das drogas alopáticas, que tanto atraem e encantam com sua potência momentânea no alívio de sintomas. Isso pode ser feito conversando-se com o doente, falando-lhe sobre o outro lado dessa moeda: o efeito transitório, os efeitos adversos, possíveis efeitos rebotes, o fato do sintomático intervir em mecanismos apenas semiogênicos, etc.

Levando em conta as reflexões até aqui traçadas, pode-se dizer que todos os sintomáticos químicos, em princípio, devem ser evitados, por várias ordens de motivos. Todo sintoma é por hipótese um sinal de alarme de algum processo subjacente, mais ou menos facilmente relacionado, muitas vezes, desconhecido. Desligar o alarme, nesse sentido, é indesejável sempre, além de ser alienante, estimulador do consumo, da dependência dos fármacos e da busca de gerenciamento químico de quaisquer sensações e incômodos. Aqui, deparamo-nos com limites paradigmáticos e estilísticos da biomedicina, que muitas vezes sente-se autorizada (e inclusive obrigada pela expectativa social já instalada) a intervir quimicamente para alívio sintomático. Mas isso é abrandado se dispusermos de recursos terapêuticos diversos, de outras racionalidades médicas ou mesmo de terapias várias[23]. Os sintomáticos só devem ser usados após exaustiva tentativa de esgotamento de medidas genéricas ou específicas, de ordem psico-físicas, higieno-dietéticas, fisioterápicas autônomas, que em geral muito podem influenciar e aliviar sintomas sem intervenções químicas industrializadas no corpo.

Medidas terapêuticas de outras racionalidades médicas e de terapêuticas alternativas, medidas caseiras tradicionais da “medicina popular”, cheias de recursos do tipo emplastros, chás, escalda-pés, compressas, dietas, massagens, exercícios, etc., assim como terapêuticas marginais ou pouco exploradas de dentro da própria biomedicina, podem ser não só eficazes e inócuas[24] como, além disso, estimulantes

[23] Por exemplo, a lógica popular do “quente-fresco”, disseminada por todo o Brasil e em outros países e continentes, considerada por antropólogos como um sistema de cura (Queiroz, 1980, 1984), é simples e rica enquanto terapêutica quase sempre acessível, inofensiva e muitas vezes eficaz - empiricamente. Infelizmente, é completamente ignorada pelos biomédicos, sendo que seus melhores praticantes, os mais antigos, escasseiam-se cada vez mais. Todavia, persiste em parte nas populações como saber autônomo disseminado e nos curandeiros populares, podendo ser aprendido sem dificuldade pelos terapeutas, médicos ou não, em profundidade variável. Como de resto, basta procurar aprender e praticar.

[24] O aprendizado de quando indicar e como usar medidas caseiras desse tipo é um problema sem resolução geral, teórica ou institucional, pois não há método nem teorias para tal. Em geral, tais saberes encontram-se dispersos por curadores, pacientes, livros não científicos etc., sendo centrados nas *pessoas e* persistindo via tradição oral. O crescimento da *sabedoria* e capacitação individual do terapeuta nessa direção pode vir da associação de vontade de aprender, empirismo cuidadoso, curiosidade científica, relativismo cultural, ceticismo não preconceituoso e

da solidariedade do entorno social do doente, da autonomia do mesmo e do seu crescimento enquanto responsável pelo tratamento. Por conseguinte, uma vez que remetem a terapêutica e a atenção do doente para sua vida cotidiana, tais medidas facilitam a entrada nos "porquês" e "comos" dos seus problemas, buscando soluções, compreensões e prevenções autonomamente geridas.

Além disso, os sintomáticos só devem ser usados após uso de recursos de efeito similar de outras terapêuticas do meio social e cultural acessíveis ao doente. E isso sempre existe, seja com a fitoterapia caseira e mesmo a já cada vez mais estudada e comprovada cientificamente, ou outras terapias a que tenha acesso o doente e o profissional ou que o serviço possa oferecer.

Caso sejam usados sintomáticos químicos, que sejam por tempo e em doses estritamente necessárias para seu objetivo: alívio rápido e momentâneo dos sintomas, sempre com as devidas orientações quanto ao caráter da droga e seu poder de ação. É preciso levar em conta o desafio no qual o sintomático não pode ser nada mais que um alívio momentâneo, que torne possível e factível o convite-estímulo para a busca e prática de outros movimentos de mais efetiva ação terapêutica, tanto sobre o problema em si quanto sobre a capacidade do paciente em administrá-lo autonomamente.

Se não podemos deixar de aliviar o sofrimento, temos de fazê-lo com grande cuidado, criar vínculo e acionar nossa criatividade e todos os recursos a que tenhamos acesso (ou o paciente) para que a terapêutica seja compatibilizada e, se possível, fundida com o crescimento dos sujeitos em autonomia e responsabilidade para consigo e os seus próximos. Às vezes, isso significa lançar mão de recursos muito estranhos à consulta ou à clínica tradicional, ao consultório e aos exames e drogas, como por exemplo outras racionalidades médicas. Mas, outras vezes,

---

experimentalismo terapêutico, com responsabilização compartilhada com o doente quando necessário. A curiosidade sobre as interpretações de outras racionalidades médicas para os adoecimentos e as curas, bem como os saberes de terapêuticas diversas são muito úteis nesse sentido, pois ampliam o leque de opções, idéias, noções, valores, etc. por onde pode transitar o aprendizado e se ancorarem as decisões terapêuticas. O julgamento das práticas heterodoxas daí resultantes pode e deve se dar primeiramente a partir do resultado clínico cotidiano, para o que o ponto de vista dos doentes é essencial. Algumas soluções institucionais podem ser inventadas via pessoas ou instituições reconhecidamente "experts" em algumas medicinas ou terapêuticas (o risco do novo aqui precisa ser assumido: terapeutas, médicos e instituições devem responder pelo que fazem, perante os doentes e a sociedade, e não perante a ciência ou conselhos corporativos).

apenas a atenção e as palavras certas podem desencadear relevantes mudanças nos doentes.

Tudo isso tende a criar nos profissionais e no serviço um contexto cultural organizacional "sui generis": um ambiente onde a doença, as medicinas, a biomedicina e a ação do profissional de saúde são vistos como meios. Meios para proteção parcial para os doentes e meios de colaboração para o desenvolvimento de sua cura (enquanto melhora clínica) tanto quanto para o desenvolvimento de sua autonomia, ainda que isso seja lento, muitas vezes difícil e pouco visível.

Quanto aos recursos, equipamentos e agentes sociais locais, acessíveis ao doente ou que podem ser viabilizados, há que usá-los e intensificar seu uso. A possibilidade de participação social, de variação dos ambientes e espaços sociais, com diversificação de assuntos, atividades, interesses e contatos humanos é (a área de saúde mental que o diga), muito terapêutico. Não se pode pensar a ação de qualquer unidade de saúde com objetivos desmedicalizantes que não esteja "enredada" com outras instituições, oficiais ou não-governamentais, com as quais troca serviços e pode fazer parcerias valiosas. Sem elas, restringe-se demais a possibilidade de ação terapêutica. E junto com elas, bem como conforme as características sociais, culturais, humanas e nosológicas dos diversos serviços, poder-se-ão criar e inventar opções terapêuticas várias que dêem conta de facilitar o trabalho de mobilização dos potenciais de crescimentos da autonomia dos pacientes, que podem ter modelos simples, alguns em desenvolvimento[25].

Quanto aos recursos terapêuticos considerados não científicos, eles são tão importantes quanto os ditos científicos, e relacionam-se a tudo o que não está tipicamente aceito nos meios médicos ou acadêmicos (científicos), incluindo-se aí um universo aberto de possibilidades interpretativas e terapêuticas. Esse universo de recursos terapêuticos, que podem ou não pressupor saberes, interpretações e técnicas mais elaboradas (como seriam recursos de outras racionalidades médicas, como a medicina chinesa, a homeopatia, etc.), diz respeito justamente ao resgate da missão e responsabilidade do profissional: a *cura dos doentes.* Isso implica na necessidade de transcender as “doenças dos médicos”, transcender o referencial científico em favor da busca de eficácia “longitudinal” para o paciente, seja em termos de eficácia terapêutica estrito senso, seja eficácia desmedicalizante (aumento

[25] Um exemplo é fornecido por Teixeira (1996), adiante comentado.

da autonomia e enriquecimento cultural em saúde).

Isso também implica uma revalorização de preceitos éticos e profissionais e a superação de limitações práticas e epistemológicas, assim como de interesses corporativos das várias corporações profissionais e especialidades, sempre em disputa por mercados, poderes, procedimentos e competências "técnicas" em saúde. Ou seja, implica o resgate histórico e necessário da noção de que a missão do profissional de saúde (principalmente médico, mas não só), é cuidar do paciente, tratar dele, com o que de *melhor* se conseguir e não apenas com o que o "establishment" biomédico prescrever.

Essa idéia, como se percebe, é inédita nos serviços e no meio profissional: ela propõe e pressupõe o desvio da ênfase na legitimidade da Ciência[26] para a construção de profissionais-terapeutas e equipes terapêuticas. Aí, não se remete a instâncias transcendentais - à instituição Ciência - a solução dos problemas diagnósticos e terapêuticos. Isso envolve o resgate e o reconhecimento da inevitabilidade da volta à terapêutica centrada não mais numa instituição transcendental ou num saber científico, mas centrada na capacidade de aprendizagem, crescimento e responsabilização dos sujeitos terapeutas, bom como nas suas relações e interações com seus pares, outros curadores, os doentes, os serviços, as circunstâncias sócio-culturais locais, etc.

"As decisões referentes ao valor e ao uso da ciência não são decisões científicas; são antes o que se poderia designar por decisões "existenciais"; são decisões para viver, pensar, sentir, agir de determinada maneira. (...) [Daí ao fato de] os *produtos* da ciência (...) não serem fundamentalmente decisivos. São bons ou maus, úteis ou destrutivos, *consoante o tipo de vida que se pretende levar"* (Feyerabend, 1991,p.41). Ou seja, não se justifica a projeção da responsabilidade e do poder de decisão terapêutica a instâncias transcendentais como a Ciência (biomedicina).

Os critérios, portanto, para a busca de recursos terapêuticos e sua avaliação para uso, recaem na relação benefício/risco a ser avaliada junto com o paciente, sempre com ênfase no seu próprio interesse: eficácia terapêutica e ampliação de autonomia. Assim, os recursos disponíveis na cultura local, no mercado local, no

[26] Essa projeção na Ciência asseguraria uma tranqüilidade para o profissional e para os serviços, os quais remetem sempre os problemas da biomedicina à Ciência, dela esperando no futuro a solução, ou à má prática, cujo responsável está igualmente distante (o CRM, a escola médica, a crise ética etc.) e a solução idem.

cabedal terapêutico possível e existente nos profissionais do serviço, em outros sujeitos e agentes de cura do meio social local e no próprio paciente devem ser explorados com interesse e muita ênfase, de modo a enriquecer, reformar e ampliar os saberes dos profissionais e dos pacientes e o leque dos recursos disponíveis.

Com a prática dessas diretrizes, os profissionais ganham iniciativa, bom senso, critério e zelo na busca ativa de recursos de vários tipos, inclusive para sua própria formação continuada: eles tendem a extrapolar seus saberes acadêmicos e suas missões corporativas específicas, e tendem a se transformarem em agentes terapêuticos na verdadeira acepção da palavra. Agentes de cura - curadores - ou, por que não dizer, curandeiros. E não há melhor coisa a fazer. Nunca mais do que hoje precisamos de profissionais de saúde-curandeiros. E dos *bons*: dos que conhecem seus limites, mas os estão sempre expandindo.

É claro que julgamos desnecessárias explicações e respostas adiantadas às objeções e preconceitos cientificistas: não queremos afrontar o predomínio da ciência, renegar os "avanços" da racionalidade científica, que devem ser sempre um importante recurso interpretativo e terapêutico usado pelos profissionais[27]. Apenas recusamos que o predomínio deste tipo de recurso bloqueie e restrinja, como vem fazendo, a busca pela “terapeuticidade”. Se a arte de curar com toda sua multiplicidade e riqueza não pode, hoje, ser introduzida no estatuto da Ciência, ela pode ser incentivada e desenvolvida no ambiente dos serviços de saúde e no exercício profissional aí presente, ajudando na sua transformação e melhoria.

Nesse sentido, o melhor médico é aquele que é também um curandeiro: sabe e faz bem a biomedicina, mas por isso mesmo conhece seus limites e perigos. E então sabe e desenvolve outras artes terapêuticas, outras medicinas, outras parcerias, outros modos de atenção e intervenção. É claro que não temos este "poli-curandeiro-médico", mas é na busca da construção de equipes locais e parcerias locais com este caráter que precisamos trabalhar.

Tudo o que foi anteriormente discutido pressupõe uma condição *si ne qua non*

[27] É esclarecedor aqui o paralelo já indicado com a separação Estado-Igreja. É previsível a relutância dos biomédicos e sua Ciência, como religião da modernidade, em serem desbancados do seu monopólio (poder) institucional na atenção à saúde, assim como ocorreu com a Igreja ao separar-se do Estado. Mas nem por isso a Igreja acabou ou deixou de ser poderosa. Talvez o mesmo raciocínio seja possível com a Ciência biomédica e sua separação aqui proposta do Estado (dos serviços de saúde). Ela permanecerá como medicina poderosa, provavelmente ainda principal, mas terá que conviver e possivelmente se transformar mais rapidamente perante o reconhecimento e a presença institucional de outras medicinas e práticas em saúde.

para ter viabilidade e sentido: a condição de que a clínica biomédica possa ser constantemente transcendida, de que possa funcionar apontando para além dela mesma, na direção de outros ambientes, recursos e práticas terapêuticas, e para a vida mesma dos pacientes. Isso é plenamente válido ao se considerar que ela aponta e, mais do que isso, necessita, dada a pobreza de interpretação e ação biomédicas atuais, de outros recursos terapêuticos diversos: a clínica de outras racionalidades médicas, as atividades grupais, que podem ser das mais variadas ordens e com os mais variados objetivos e clientelas, recursos terapêuticos, de socialização e enriquecimento cultural - sempre existentes em qualquer comunidade - institucionais ou não, parceiros terapeutas não vinculados aos serviços, com os quais dialoga constantemente, recebe e encaminha pacientes, etc. Os ambientes inventados ou já existentes, permanentes ou transitórios, mais ou menos sob controle da equipe de saúde dos serviços precisam estar sempre à disposição e à retaguarda da clínica, que os acessa e sempre que necessário, ajuda a inventar e existir. E é claro que estes ambientes, mais fora do contexto biomédico propriamente dito, devem remeter sempre à vida dos doentes e à ampliação de sua autonomia, solidariedade, responsabilidade. Vejamos um exemplo.

Um exemplo de retaguarda à clínica desmedicalizante

A “terapeuticidade” foi confinada entre quatro paredes, entre profissionais especializados, entre muitos comprimidos, equipamentos sofisticados e equipes cirúrgicas. O “mundo da vida” foi saqueado, e de local maior de aprendizado, troca social e afetiva, realização, está sendo transformado em *front* de batalha, local de sofrimento, *stress*, luta e competição desenfreada pela sobrevivência, acumulação econômica e poder. É a lógica dos sistemas, diria Habermas (1989), avançando descontroladamente.

No que se refere ao cuidado em saúde, à medicina e aos espaços terapêuticos, isso é evidente. Há, pois, que se experimentar quebrar esta lógica, esse imaginário dominante. Inventar ambientes e opções de resgate e criação de valores, idéias, sentimentos, práticas, visões e discursos que ampliem a comunicação, as trocas de cuidados informais, as concepções desses cuidados, as possibilidades de transformação da vida, das pessoas, das saúdes e das doenças.

Relatamos, a seguir, uma iniciativa simples e prática nesse sentido, a nosso

ver significativa, extraída de Teixeira (1996), na qual participamos. Ela demonstra a possibilidade de se fazer, apesar de todos as dificuldades e limites de várias ordens de qualquer serviço público, coisas diferentes, eficazes, simples, baratas e necessárias como retaguarda e alternativa técnica terapêutica à clínica tradicional de consultório e aos grupos terapêuticos centrados em patologias.

De certo modo, fomos inspirados nos movimentos contemporâneos da saúde mental (pela formação de profissionais do nosso serviço), que questionam as instituições, transformando os paradigmas até então concebidos para conceituar as doenças, o poder do saber médico e, consequentemente, a organização das instituições de saúde - no caso, os manicômios que iniciam processos de desospitalização e criam novas formas de ação dos técnicos de saúde mental.

Na tentativa de deslocar essas discussões e propostas da saúde mental para as ações de atenção ao indivíduo portador de deficiência e para os pacientes da clínica médica, usuários da rede pública de serviços de saúde, pensamos em formas de atendimento onde a ênfase da intervenção recaia sobre o cidadão em questão e não apenas sobre as patologias do indivíduo que procura o serviço. Procuramos uma abordagem que valorizasse a vida, garantisse espaço e voz para a individualidade, mas também para a participação social, bem como colaborasse para que o indivíduo busque compreender sua patologia ou seu adoecimento e possa ser o ator de sua transformação.

São Francisco Xavier é distrito rural de São José dos Campos, distando cinqüenta quilômetros da cidade, com aproximadamente cinco mil habitantes, distribuídos metade em um núcleo urbano e metade numa vasta zona rural. A economia é basicamente agropecuária, emergindo atualmente uma vocação para o turismo ecológico. Os indivíduos que vivem na zona rural, alguns distando quinze ou vinte quilômetros do centro do distrito, vivem um intenso isolamento social, com carências sócio-culturais, ocupacionais e também econômicas. Os espaços de lazer são restritos aos ambientes familiares e religiosos e, embora se perceba uma estrutura matriarcal em grande parte das famílias, o machismo impera nas relações e nos costumes. A cultura tradicional, farta em conhecimentos, tradições e valores, tem sido, como em toda parte, dominada pela cultura televisiva. Em São Francisco agrava-se a situação com a chegada do turismo, que provoca um evidente choque de valores: o povo parece ficar perplexo, o que gera uma imobilidade e o arraigar dos preconceitos. Valores tradicionais como o curandeiro, o uso das plantas medicinas e

o respeito aos ritmos da natureza perdem seu espaço, e a comunidade delega à equipe de saúde local todos os direitos e deveres sobre seu corpo e mente: adeus à qualquer possibilidade de autonomia, tudo requer um intervenção profissional.

A partir do ano de 1991, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Francisco Xavier começa a sofrer intensas modificações, perdendo suas características peculiares de um serviço para um núcleo populacional pequeno. Neste período, a UBS ganha prédio novo e torna-se uma unidade mista, sendo acoplada a uma Unidade de Pronto de Atendimento (UPA). Com os atendimentos de emergência são necessários médicos, auxiliares de enfermagem e motoristas plantonistas; surge a necessidade de atendimentos especializados de ginecologia, psiquiatria e pediatria. O dentista também atua nesta unidade bem como uma enfermeira, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e dois médicos clínicos. Atualmente, a unidade funciona 24 horas por dia, e conta com aproximadamente quarenta funcionários. Neste contexto, observa-se que o atendimento oferecido perdeu muito de seu caráter personalizado, do envolvimento dos profissionais no seu trabalho. A burocratização aumentou no serviço e as relações são muito mais impessoais.

No início dessa transformação, ainda em 1991, a proposta de atuação adiante descrita surge através de profissionais da unidade de saúde cuja experiência e formação vêm da saúde pública e da psiquiatria, num momento em que a unidade ainda não tinha um caráter emergencista e em que a equipe era composta somente por 3 clínicos, auxiliares de enfermagem e a terapeuta ocupacional. A presença da terapeuta ocupacional na unidade deveu-se a uma escolha pessoal, um desafio em conjunto com os médicos locais para tentar a implantação de uma nova forma de atendimento e reabilitação na rede pública de saúde. O fato de ser um profissional da área de reabilitação, portanto habituado a pensar nas questões de reinserção social, somado à especificidade da terapia ocupacional que traz ao projeto as possibilidades do uso de atividades para abrir espaço para a comunicação através do fazer, definiu a estratégia da intervenção. A premissa, entretanto, é que o importante num trabalho como este é desenvolver na equipe o sentido da transdisciplinaridade, onde as prioridades são os objetivos das ações, o trilhar os caminhos definidos pelo grupo, o que afina os propósitos da equipe. Ou, como constata Morin (1983,p.33): “que cada competência desenvolva o suficiente para articular com outras competências que, ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento

do conhecimento".

Através, portanto, de uma ação conjunta da equipe, passamos a oferecer aos usuários grupos de ginástica e relaxamento com base nos princípios do Tai chi chuan[28] e também vários grupos de atividades. Para lá são encaminhados os usuários através dos médicos clínicos, psiquiatra, ou aqueles que os procuram voluntariamente. São indivíduos adultos, hipertensos, diabéticos, lombálgicos, obesos, reumáticos, com distúrbios funcionais e polialgias, deficientes físicos e da saúde mental, já em estado crônico ou não.

A importância de se colocar esses indivíduos juntos reside na possibilidade de valorizar sua cidadania, suas questões existenciais, suas dificuldades e facilidades enquanto pessoas, e não mais uma atenção centrada em suas patologias. Para essa proposta, a riqueza está na diversidade de condições físicas e/ou psicológicas e na similaridade enquanto moradores de uma mesma região, usuários dos mesmos equipamentos sociais, integrantes de condições sócio-culturais semelhantes. Surge nesse espaço a possibilidade de se discutir os paradigmas saúde/doença, normalidade/anormalidade, quem age sobre a condição de saúde de quem, procurando instrumentalizar as pessoas e a comunidade para uma ampliação da autonomia dos indivíduos. A abordagem proposta desde o primeiro contato com o usuário pressupõe a importância da formação de um vínculo entre dois sujeitos, com comunicação em mão dupla: o técnico vai conhecer o usuário, ouvir qual é o seu desejo, sua necessidade, e não arbitrariamente impor seus valores e suas técnicas. A equipe identifica as condições onde se desenrola o cotidiano desse sujeito, quando muitas vezes é necessária a visita domiciliar. Visita, não investigação. Conhecimento, não dominação. Aqui, nesta rotina, fortalece-se o vínculo, a identificação das necessidades.

Avalia-se e discute-se com o usuário os próximos procedimentos, que podem ser clínico-individualizados, feita pelos médicos ou pela terapeuta ocupacional (TO) e a inserção nas atividades grupais coordenadas pela TO. Os atendimentos individuais, quando necessários, visam trabalhar ou acompanhar alguma condição específica, pontual, sempre objetivando a inserção no contexto grupal. Nesse

[28] O Tai chi chuan é um saber /prática proveniente da China, remetido à tradição Taoísta daquele país, que envolve práticas e saberes sobre saúde-doença, transmitidos via transmissão oral, envolvendo três aspectos: movimento, espiritualidade e saúde (medicina). Entretanto, o Tai chi chuan é descrito na literatura como técnica terapêutica à base de exercícios físicos do que se convencionou chamar Medicina Tradicional Chinesa (Luz, 1993, 1996; Nascimento, 1997).

processo também são utilizados equipamentos oferecidos por outras secretarias municipais ou organizações não governamentais e que são abertos à população em geral. Cursos de artesanato, de produção de laticínios, de agricultura orgânica ou de agropecuária podem ser aproveitados igualmente pela saúde, que através dos profissionais estimula e acompanha os usuários, mediando as etapas de adaptação. Assim, indivíduos hemiplégicos, diplégicos, neuróticos podem freqüentar juntos (ou não) cursos de cerâmica ou tecelagem.

A integração dos indivíduos com deficiência física ou com problemas de ordem psicológica no contexto dos grupos da comunidade, bem como naqueles oferecidos pela saúde, oferece à população a consciência da importância dessa aproximação, bem como produz um conhecimento que permite a todos lidarem com as dificuldades trazidas por essas pessoas. Surge também a cultura da auto-ajuda, onde percebemos que: “as necessidades das pessoas deficientes são basicamente as mesmas que as das demais. Precisamos ativar partes adormecidas e não utilizadas do corpo, e fortalecer as outras, a fim de que elas funcionem equilibrada e apropriadamente” (Schneider, 1987,p.75). Quanto aos pacientes da saúde mental, o pressuposto é semelhante: saúde e doença não são opostos (a primeira, a realização ideal da vida; e a Segunda, a sua negação) mas formas de manifestações do vivo; assim, delinqüência e loucura são expressões do que o homem podem ser, e, ao mesmo tempo, do que pode chegar a ser através de seu mundo de relações. “O delinqüente e o louco conservam também, na delinqüência ou na loucura, as outras faces de seu ser: de sofrimento, importância, vitalidade, necessidade de um existência que não seja delinqüência ou doença” (Basaglia,1982,p.326). Dentro dessa perspectiva, analogamente, surgem os usuários com diagnósticos médicos de patologias "orgânicas" e "funcionais". Na interação desses sujeitos, no apoio mútuo, na consciência integrada de todos, surge a possibilidade de uma integração social e da ampliação das possibilidades individuais. Cai por terra a necessidade da exclusão-tratamento: “o indivíduo considerado doente ou delinqüente tem seu ser reduzido a essas totalidades negativas, constituídas pela polarização em um ou outro elemento, no qual foi artificialmente dividido” (Barros,1990,p.105).

No contexto do processo grupal surge também o repensar sobre o conceito de cura, e como sugere Campos (1994, p.54), "o objetivo de todo o trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente", ou seja, "curar alguém seria

sempre lutar para ampliação do coeficiente de autonomia dessa própria pessoa". Diante da gama de limitações que os participantes do grupo trazem, fica claro que a busca dessa autonomia é uma construção ao mesmo tempo individual e grupal, que passa por muitas questões; busca respostas não apenas técnicas, medicamentosas, mas também de auto-conhecimento, de reeducação individual e social, de aumento das competências autônomas em saúde-doença de fundo científico ou não, de ampliação dos horizontes da sociedade.

Ainda que sem sistematização adequada, pudemos observar que no correr destes anos houve aderência dos usuários a esta proposta, mais particularmente entre as mulheres. Fica evidente que a grande maioria dos participantes das atividades são do sexo feminino, sendo a participação masculina restrita aos usuários da saúde mental. Observa-se ainda que foi modificada a relação dos indivíduos com sua condição patológica; assim, percebemos melhoras em casos da saúde mental, de deficientes físicos e também da clínica médica, mas fica particularmente claro que o processo tem permitido às pessoas o conhecimento de sua próprias condições (o que tem de saudável e de patológico) e como administrar estas condições ("o que causa piora na minha saúde", e "o que posso fazer para restabelecer o equilíbrio"). Surge também o grupo, e não somente os técnicos, como referência para situações de crise. Têm sido organizados recursos secundários, como uma "cooperativa de trabalhos artesanais do grupo de mulheres", grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), e familiares de alcoólicos (Al-Anon); têm sido escolhidos entre os usuários desses projetos representantes para o Conselho Gestor da UBS/UPA e para outras instâncias de participação na comunidade. Avaliamos que no âmbito da saúde pública, esse tipo de proposta de atenção à saúde é perfeitamente factível, já que permite atingir uma gama variada e grande usuários. Além disso, como um dos pressupostos é estimular a autogestão dos grupos e a inserção em atividades comunitárias, com o correr do tempo o técnico pode assumir a função de apoio, de retaguarda.

Porém, embora o caminho pareça promissor, dentro da unidade o projeto não foi acolhido, particularmente e progressivamente após a caracterização e funcionamento do Pronto Atendimento (UPA). Parece-nos que a questão do poder, do conhecimento técnico, da dificuldade de se estabelecer um vínculo com o sujeito-usuário e não mais "paciente", a importância da inter e transdisciplinaridade fizeram com que o projeto não decolasse. A participação do corpo clínico atual e de

enfermagem atuais é mínima. Mesmo em condições adversas, contudo, a semente continua germinando, devagar mas pacientemente; nós, envolvidos neste processo, acreditamos cada vez mais no que diz Barros (1991): necessitamos de técnicos capazes de valorizar e potencializar inovações como produtos sociais, isto é, que captando os elementos que estão no senso comum e nos diversos saberes até agora renegados possam encontrar soluções localizadas, descolonizadas. Necessitamos de nossa capacidade humana criadora, criativa; e, nesse sentido, o papel do técnico está na sua capacidade de pôr em crise seu próprio saber, questioná-lo para encontrar soluções onde ele (o técnico) seja bússola, porém navegador e guia sejam as necessidades de quem precise utilizá-lo.

A demanda espontânea, a medicalização social, a crise da atenção à saúde individual: sua importância para a Saúde Coletiva.

O problema do significado da demanda espontânea e da atenção a ela oferecida está diretamente envolvido com o processo de medicalização social e com as pressões exercidas sobre a atenção à saúde de uma forma geral. Ele está também envolvido com uma polêmica interna às propostas organizacionais para a construção do SUS, que busca re-colocar os pólos *individual* (supostamente clínico, curativo, médico-centrado) e *coletivo* (supostamente epidemiológico, preventivo, sócio-sanitário-centrado) da biomedicina nos serviços, subordinando o primeiro ao segundo[29]. Essa perspectiva, mais voltada para a promoção, prevenção e controle de *doenças no coletivo*, aproxima-se das propostas de "programas" centrados em patologias ou eventos epidemilogicamente relevantes e de "vigilância à saúde" (Schraiber, 1990). O seu perigo é o prejuízo e a secundarização do trabalho de atenção às demandas espontâneas das pessoas que buscam ajuda e resolução dos seus problemas de saúde e sofrimentos nos serviços (Campos, 1989, 1991). Valorizando somente os critérios (clínico-epidemiológicos) de risco - os quais, é claro, não podem ser desconsiderados – ela enquadra os pacientes nesses critérios,

[29] Há boas razões para tais polêmicas e propostas: a centralidade da categoria "doença" e a estruturação "dura" e "positiva" do saber biomédico em torno dela, seja clínico, seja epidemiológico; a tradição centralizadora e tecnocrática da saúde pública e sua adesão total à biociência atual; a demonstração do pouco impacto da tecnologia biomédica e da atenção médica individual sobre as condições coletivas de saúde; a íntima relação da medicina individual com o chamado complexo médico-industrial, enfim, vários fatores convergem para as propostas de construção de serviços de saúde pública norteados pela noção de *doença no coletivo* como objeto e objetivo de trabalho.

criando uma situação onde os doentes são colocados entre parênteses e as doenças no coletivo (ou não*)* são objeto da atenção, reproduzindo a objetivação da doença fundadora do saber clínico-epidemiológico e facilitando o “perder de vista” os sujeitos envolvido na situação. Já discutimos os problemas dessa “perda” ou “troca de objeto” na atenção à saúde individual no capítulo 2. No outro extremo, em grande escala coletiva e social, os desastres dessa “perda” foram de certo modo ilustrados pela história do “socialismo real”.

Doutra parte, o problema da demanda espontânea é relevante também por estar implicado à saúde-doença no coletivo, isto é, ser epidemiologicamente importante. Faz-se mister que tracemos alguns breves comentários e reflexões a seu respeito.

São os pacientes da porta do pronto-atendimento e do posto de saúde que constituirão as cifras e os índices que tanto afligem os sanitaristas e epidemiólogos. E se não eles, serão seus vizinhos, parentes, maridos e filhos, os diabéticos, os hipertensos, os cardiopatas, as crianças de risco, os alcoólatras, os adolescentes, as grávidas, etc. Enfim, todas as situações de risco que engrossam os tão valorizados números e indicadores estão representadas na demanda espontânea, acessíveis mas tipicamente relegadas ao médico “padrão” de plantão que as medicalizará e as manterá fora do alcance de alguma ação eficaz protetora da vida que vá além do padrão comum dos procedimentos diagnósticos e receitação de drogas.

Assim, os pacientes mais importantes ou as informações mais importantes sobre os pacientes epidemiologicamente "relevantes" estão perto e disponíveis, transitando pelos pronto-atendimentos, pronto-socorros e pelos postos de saúde das cidades. Mas como não são ouvidos além de suas queixas (mais facilmente) enquadráveis e tratados além da "receitação", parece ser necessário então organizar programas e buscas em função de riscos, patologias, territórios, etc.. Como se a “D. Maria” e o “Seu José”, que ainda teimam em ir ao posto não fossem valiosos "mapas de risco", "informantes". Aliás, cumpre notar que as ações preventivas coletivas se desenvolvem mais eficazmente com pessoas conhecidas e com as por elas indicadas, vinculadas com situações de real sofrimento sentido, sócio-culturalmente determinadas e diferenciadas, onde há a criação e desenvolvimento de vínculos terapêuticos.

Os doentes de risco juntamente com tantos outros doentes que se avolumam nas filas dos serviços, continuarão a ser uma “pedra no sapato” da saúde pública, caso os demandantes de atenção persistam tratados como irrelevantes e indesejáveis, apenas tolerados e dignos de uma atenção médica tipo receitação/distribuição de remédios. Ou seja, caso os doentes sejam abordados com atenção médica à mercê do médico de plantão ou do clínico, pediatra ou ginecologista “padrão” da rede básica. Tais dilemas só aumentarão se não se começar a desenvolver variações e alternativas de atenção à saúde a enriquecer o cardápio de ambientes, rituais, personagens, textos e tecnologias que os serviços podem oferecer aos cidadãos em termos de atenção e promoção da saúde.

Porém, além de “idiotizar” e alienar os pacientes, medicalizando-os, a atual prática de abandono do trabalho clínico ao variável humor, gosto e capacidade do médico de plantão ou do que se conseguiu para o posto de saúde tem três graves conseqüências sociais, políticas, epidemiológicas e institucionais.

Primeiro, ela gera uma cronificação de estados e pacientes demandantes que poderia ser evitada, além de gerar uma agravação e um descontrole das situações e tratamentos dos já crônicos e de risco, por dificuldade de acesso e fragmentação do atendimento, com aumento de irracionalidade terapêutica e da possibilidade de iatrogenias (devido à desvinculação do tratamento crônico das situações agudas) e diminuição de vínculo/aderência. Isso certamente agrava o quadro coletivo de saúde local e social.

Segunda, e não menos importante conseqüência, é o total desenraizamento social dos serviços e a falta de apoio local que sustente políticas de saúde vinculadas aos projetos terapêuticos e promotores de saúde coletivos e individuais locais. Ficam, assim, os serviços “à mercê” do vai-e-vém dos médicos que transitam como "biscates" pelo serviço público, dos políticos locais e executivos municipais que fazem e desfazem chefes dos serviços, orientações organizacionais e modos de atenção impunemente. Em outras palavras, só construindo uma grande intersecção entre funcionários e população, na recepção, consultórios e salas dos serviços, bem como nos espaços extra-muros de ação em saúde possível (domiciliares, institucionais, comunitários, culturais, educacionais etc.), é que se pode construir um projeto público que banque um modelo de atenção eficaz e democrático. Assim pode-se envolver profissionais, construir clima de ajuda mútua entre os profissionais, clima de discussão de caso e de invenção de projetos terapêuticos com tecnologias

científicas e não científicas para demandas individuais e micro-coletivas; despertar ou construir éticas e ações eficazes em cuidado à saúde, particularmente norteadas em objetivos terapêuticos amplos com vistas à emancipação individual e social.

Para o argumento da ênfase na prevenção e para o argumento da impotência histórica da biomedicina enquanto definidora de melhores condições de saúde, lembramos que é mais eficaz e mais fácil a prevenção e a promoção da saúde de pessoas as quais conhecemos. E o melhor modo de conhecer é se dispor a curar, cuidar. Ou seja, desenvolver o sentimento fora de moda na nossa sociedade, inclusive entre os médicos e seus auxiliares, que é o cuidado, a solidariedade, o carinho e o gosto em buscar/aplicar 'tecnologias de cura', científicas ou não.

Enfatizamos: não se trata apenas de apelo ético, e sim de estratégia profissional, gerencial e política. Em termos profissionais e individuais isso significa mergulhar na terapêutica, esse mundo amplo que não precisa carregar a dicotomia biomédica prevenção-cura, nem se submeter ao monopólio da Ciência. A terapêutica pode ser preventiva (confundindo-se com promoção de saúde) tanto quanto curativa, e as duas coisas simultaneamente. Doutra parte, em termos gerenciais, sociais e políticos, para incrementar a cidadania, conhecer a área de abrangência e o território, contribuir para viabilizar lutas e realizações em infra-estrutura sanitária e urbana, social e mesmo econômica, ou seja, melhorar condições sócio-econômicas e ambientais de vida e saúde, nada melhor que equipes cujo vínculo terapêutico exista de fato com seus pacientes. O mesmo vale para a construção da democratização e enraizamento social dos modelos de atenção dos serviços.

Além disso, o direito à atenção à saúde individual, médica ou não, é também direito do cidadão, e este é o real conteúdo do coletivo a que todos os serviços estão cotidianamente expostos. É o indivíduo, portanto, privilegiado interlocutor, informante, planejador e parceiro; sujeito potencial de seu tratamento e do crescimento de sua autonomia e da dos seus próximos.

Enfim, parece-nos clara a constatação de que a viabilização do SUS (e, assim de uma ação orientada para a saúde coletiva e também individual) só pode ocorrer na radicalização da idéia de democratização e descentralização, onde todos e toda a máquina pública deve se pôr ao serviço dessa nobre e hoje relegada interação que é o atendimento às pessoas nos serviços. É essa interação entre profissionais e doentes nos serviços que pode construir um dos pilares da base política para

sustentar o projeto público em saúde. E o atendimento à demanda espontânea é momento privilegiado dessa interação, onde as novidades, carências, forças sociais, complexas relações sociais locais podem se expor e ajudar as equipes a montar estratégias, serviços e ações de saúde mais eficazes, com reais parcerias sociais e objetivos em defesa e promoção da vida e da saúde.

A terceira conseqüência do abandono da demanda espontânea ao médico "da porta", é a geração de uma demanda artificial de proporções difíceis de avaliar, devido à baixa “resolutividade” do tipo de atenção oferecida frente às complexidades dos problemas trazidos por essa demanda, pouco “resolvíveis” pela lógica da receitação de drogas, típico recurso da clínica biomédica. Isso significa aumentar mais a fila, pressionar mais as unidades prestadoras de serviços e seus profissionais, diminuir mais a qualidade da atenção, massificar e medicalizar mais o atendimento, misturar mais ainda os doentes “verdadeiros” (pelos critérios técnicos clínico-epidemiológicos) com os ““falsos”” (poliqueixosos, “somatizadores”, neuróticos, álgicos de todo o tipo, não enquadráveis). Isso significa, inclusive, talvez, transformar os ““falsos”” em “verdadeiros” doentes, via iatrogenia clínica, simbólica e cultural. Conseqüentemente, significa estrangular ainda mais política e institucionalmente os serviços, e piorar sua “resolutividade”. Esse aspecto é de crucial importância para a compreensão dos dilemas dos serviços: a atenção médica como está gera ela mesma uma parte da demanda espontânea que a sufoca, via contraprodutividade e medicalização, induzindo necessidades de cada vez mais repetidas, frustrantes e intermináveis buscas de consultas, exames, especialistas, etc.

Se há verdades nessas assertivas acima, então temos que discordar da perspectiva que concebe ser indiferente para a saúde pública que tipo de atenção individual se fornece às pessoas. Pelo contrário consideramos altamente importante que atenção será essa: pelo mínimo, devido à missão de diminuirmos a medicalização social e a contraprodutividade levadas a cabo pela própria atenção à saúde dentro dos serviços públicos. De forma mais otimista, ética e responsável, para buscarmos estratégias de real contribuição das ações de saúde pública e da biomedicina no sentido de melhorar a saúde dos doentes e populações, de colocá-las em defesa da vida e da liberdade vivida, por pouca que seja a potência visível dessa ação.

Significado institucional e gerencial de se desmedicalizar a atenção à saúde

Não é difícil perceber que o ambiente institucional e gerencial necessário para a gestação e realização das diretrizes e propostas acima precisa ser flexível, desburocratizado, descorporativizado, democrático e rigorosamente ético, num sentido transcendente à corrente noção corporativa de ética como auto-proteção e código de deveres obrigatórios restritos das corporações profissionais. Além disso, tais propostas pressupõe que se pratique, progressivamente, a transdisciplinaridade: que cada disciplina e cada respectivo profissional se coloque aberto e disponível a cada caso e situação para diálogo e troca com os outros, inclusive para aprender e ensinar o que é supostamente reservado pela sua corporação, de modo a ampliar e democratizar saberes e competências, também com os próprios pacientes. Assim, diminuem-se as exclusividades de função, relativizando os limites das práticas de cada um, valorizando a capacitação, a diversificação e a versatilidade terapêutica.

Tudo isso implica que as regras, poderes e autoridades institucionais, políticas e burocráticas estejam, de fato, a serviço da prestação de serviços à população, única razão da existência das instituições de saúde públicas. Inverte-se assim, o sentido das cobranças e rigores da instituição; é a ponta, a base, a equipe prestadora de serviços que tem prioridade. É essa "ponta", junto com a gerência e a população[30], que necessitam de apoio e estímulo para os diversos projetos e atividades necessários e viáveis em cada serviço.

Isso, é claro, pressupõe uma clareza relativamente cristalina da missão fundamental de *cura* dos serviços, por parte da equipe de profissionais e da gerência local, e o compromisso prático de concretizá-la. A gerência local é crucial nesse processo, tanto pelo seu poder de obstruir e burocratizar o ambiente institucional como pela possibilidade de ela ser ativa apoiadora dos profissionais no sentido de cada vez mais romper as amarras corporativistas, desburocratizar o serviço, construir

[30] Não se pode mais, a esta altura da luta pelo SUS, com o arcabouço legal já instituído e as experiências várias dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, conceber ausência de controle social independente, a discutir e decidir, juntamente com os técnicos e os poderes político-administrativos instituídos, as regras, projetos, prioridades e ações dos serviços de saúde.

compromisso terapêutico, inventar e ousar formas alternativas de atenção socialmente cabíveis e viáveis, diminuir preconceitos, efetivar parcerias, etc.

Tais condições e diretrizes, via de regra, hoje, não existem. Trata-se de tomá-las como uma proposta de "norte" político-filosófico-técnico, para debate e possível assunção. Além disso, talvez nunca existirão plenas condições para sua realização. É que não podem ser tomadas de forma absoluta ou dicotômica, e sim de forma gradativa. Sempre será possível trabalhar para aumentar o "coeficiente" de responsabilidade, de ética, de democracia, de transdisciplinaridade, de "terapeuticidade", de desmedicalização dos serviços e profissionais. A seguir fazemos alguns comentários a este respeito.

De início, restringimo-nos a fazer referência às idéias e práticas desenvolvidas pelo grupo de Campos no que diz respeito às práticas gerenciais em defesa da vida, uma vez que suas idéias mestras coincidem e convergem com o aqui proposto. Particularmente, suas propostas de organização dos serviços a partir de núcleos e campos de competência (Campos, 1997a, 1998), buscam viabilizar a construção da transdisciplinaridade necessária aqui indicada, bem como aumentar a autonomia e a responsabilização dos profissionais.

No contexto de uma prática profissional em saúde desmedicalizante, os indicadores e lógicas institucionais, por sua vez, precisam ser revistos. A ser estimulada uma ação em saúde promotora de fato de autonomia, muitos quesitos tradicionais de avaliação de serviços perdem sentido, e novos parâmetros precisam ser inventados. Eles precisam se aproximar do cotidiano das práticas, ser o mais simples e desburocratizados possível, e estar permanentemente sendo revistos à luz da razão de ser dos serviços: a prestação de serviços à população e frente às qualidades desmedicalizantes desses serviços.

A lógica gerencial centrada nas corporações, principalmente a corporação médica, e nos "procedimentos" gera uma alienação da missão fundamental da cura, seja individualmente, seja institucionalmente (Campos, 1997c). Impõe-se o desafio de alterá-la drasticamente.

Já comentamos que aqui se defende uma retomada da missão terapêutica dos serviços de saúde públicos no seu sentido amplo e profundo, para além de entregar-se a terapêutica ao médico de plantão e à biociência. Trata-se do desafio de se tomar a atenção à saúde e a terapêutica como missão essencial dos serviços,

invertendo, na proposta, a hierarquia de fins e meios: toda a instituição - seus escalões centrais e intermediários - ficam nessa lógica a serviço da atenção, a qual passa a ser atividade nobre do serviço, objeto primordial da gestão. A terapêutica, nesse contexto, passa a ser objeto de discussão pública transdisciplinar, ressalvados sigilos éticos próprios de cada caso. Tal "publicização" da terapêutica e inclusive do processo diagnóstico (supostos territórios exclusivos da consciência individual dos médicos[31]), constitui-se numa revolução silenciosa, molecular, cotidiana. Sendo altamente potente na transformação da qualidade da atenção à saúde, suscita muitas vezes boicotes e represálias derivados de interesses diversos.

Nesse sentido, a "transdisciplinarização" e a "publicização" das decisões diagnósticas e da eleição e realização de terapêuticas é ao mesmo tempo caminho estratégico e comunicativo nas mudanças para melhoria da atenção saúde. Ou seja, a idéia é estabelecer a liberdade geral para todos os terapeutas (ou seja, todos os profissionais dos serviços) poderem e deverem discutir, sugerir, opinar e questionar as investigações diagnósticas e as terapêuticas (e condutas em geral) propostas aos doentes, sempre norteados, é claro, pela ética fundamental da missão de *cura*. Tal medida só pode, é claro, ser paulatinamente construída no cotidiano através da construção de uma cultura organizacional terapêutica, que lentamente "publiciza" o tema e quebra por constrangimento ético-prático a arrogância corporativista dos médicos que não admitem "discussão de conduta" e não prescindem de "liberdade de conduta". É lógico que não se pode estabelecer tal publicização por normatização (por decreto[32]). Mas há que se ir praticando-a, onde e como se puder, incentivando-

[31] O diagnóstico e a terapêutica jamais deixarão de ser responsabilidade dos profissionais médicos. Ressaltamos apenas que, quando isso é usado para impedir a discussão terapêutica, é o poder corporativo e individual para benefício próprio que está sendo defendido, em geral com prejuízo para a qualidade da atenção e para o doente. Ou seja, pelo inverso: quando o médico usa sua responsabilidade e seu poder em prol da cura do doente, ele só se enriquece com opiniões e avaliações alheias, de seus pares ou não. Via de regra, quem assim trabalha está aberto para discussão, para aprender e para ensinar - e os doentes só ganham com isso.

[32] À lógica estratégica da imposição do poder institucional caracterizada pela decisão centralizada baixada "por decreto" os profissionais via de regra respondem com lógica estratégica análoga: infinito cinismo, isolamento laboral e "entrincheiramento" no seu núcleo de competência que só o Conselho da corporação pode julgar. Nessa lógica estratégica, resta à instituição o poder administrativo, que pode ter algum grau de coerção, punição e influência sobre os profissionais, se ela se organizar para tanto (via concursos públicos que permitam contratação de pessoal, gerências competentes e capazes de se responsabilizar por decisões delicadas, esquemas de transferências de locais de trabalho, etc.). Nesse conflito, em geral os profissionais persistem relativamente impunes e vencedores, sua prática pouco se transforma e quem perde é o doente. Não há regra ou princípio que possa normatizar a dose ótima de teor comunicacional e estratégico para cada caso ou contexto singular. Em geral, dado seu caráter vinculado à missão de cura, seu poder educativo, ético e auto-alimentador, o teor comunicativo deve ser sempre intensificado e se possível preponderante, inclusive imiscuindo-se permanentemente nos atos estratégicos da parte do serviço. Há que se construir cultura organizacional e regras de jogo cotidianas vinculadas ao debate público da terapêutica, da autonomia, da *cura*.

a, reconhecendo-a, e construindo estratégias, momentos e ambientes institucionais para sua viabilização. Não há como medi-la nem como impô-la oficialmente. Mas, talvez, nada seja mais importante no desafio de enfrentar os micro-poderes e interesses estratégicos dos médicos do que essa lenta revolução cotidiana que põe em cheque implicitamente todo o esquema de disputa que permeia o campo de poder simbólico, técnico e econômico envolvido na atenção à saúde. Justamente no inocente ato comunicativo de discutir dificuldades diagnósticas e terapêuticas cotidianamente, entre um paciente e outro ou mesmo durante os atendimentos, pelos corredores dos serviços, nos repousos e nas salas de café, em reuniões, etc., está uma poderosa estratégia para a discussão da terapêutica e assim da *melhoria* da atenção à saúde.

Um aspecto tradicional da gerência dos serviços que funcionam sob lógica procedimento-centrada é a produtividade, até hoje, em geral, intocada. Sob o ponto de vista de uma clínica desmedicalizante, o que implica sempre uma clínica de pelo menos boa qualidade "técnica", a produtividade enquanto número de procedimentos ou pacientes atendidos tem pouco sentido. Pouco significa atender x ou y consultas num dia. Provavelmente, apenas podemos concluir que se a produtividade é constantemente alta, a clínica tenderá a ser pobre e medicalizante. Nada mais suspeito de não ser uma boa clínica que a monotonia de atender 12, 14, 16 ou mais consultas diariamente, período após período. Isso diz muito pouco. Outros pontos importantes precisam ser levantados: O esquema de atenção prevê atendimento para toda a demanda? Existem estratégias de diferenciação da demanda? Há lógica instituída de responsabilização "longitudinal" pelo doente? Há esquema de diversificação terapêutica? Sem isso é difícil, a nosso ver, desmedicalizar. Explicamos: uma parte dos doentes da demanda espontânea são doentes "tecnicamente (nosologicamente) falando" – apresentam importantes "doenças dos médicos", alguns portadores de risco elevado, cuja necessidade de atenção, cuidado terapêutico biomédico, investimento em autonomia e busca de recursos extra-alopatia é grande. Há, por outro lado, pacientes que demandam consultas rápidas, orientações e terapêuticas simples, mas nem por isto merecem menor atenção desmedicalizante: os gripados, precisam de orientação e resgate de recursos caseiros desmedicalizantes; os *nervosos* e álgicos necessitam de avaliação caso a caso para se saber o que lhes precisamos dar e o que lhes podemos propor; os doentes de todo o tipo necessitam de escuta, investigação e terapêutica eficazes,

biomédicas ou não, vinculadas com crescimento do autocuiado. Nunca se conseguirá “organizar” ou “programar” a demanda de modo a enquadrá-la na rotina das agendas e consultas convencionais. Consideramos mais eficaz flexibilizar, organizar e programar o serviço e seus profissionais para serem versáteis e diversificados nos seus modos de acolhimento, investigação, interpretação e terapêutica.

Há que criar dispositivos para responsabilização “longitudinal” continuada que facilite a criação de vínculos terapêuticos e o conhecimento mútuo de profissional e doente, ainda que este não seja um doente crônico. A confiança no profissional é fator inibidor das tendências medicalizantes do doente, e sua contrapartida (a responsabilização pelo doente) um indutor do reconhecimento da necessidade de desmedicalização no profissional, o qual é estimulado, então, tanto a fomentar a autonomia do paciente mais ativamente quanto aumentar seus recursos terapêuticos no sentido da desmedicalização. Estratégias para algo como uma adscrição de clientela ao profissional facilitam a responsabilização “longitudinal” transcendendo o objeto *entidade doença*, em favor do tratamento *do doente*. Isso também facilita o reconhecimento da necessidade do desenvolvimento e aprendizado (muitas vezes empírico) de tecnologias não biomédicas a serem oferecidas aos doentes, individualmente ou não[33].

Em suma, o atendimento individual, principalmente médico, pode levar dez minutos ou menos e ser bem feito, mas pode exigir 45 minutos ou mais. Portanto, a produtividade, grosso modo, diz muito pouco. Em geral, sugerimos que se varie o cardápio de atividades dos profissionais, pois é estressante a monotonia do trabalho clínico convencional (de consultório) continuado. Haveria que ter espaços comprometidos com o atendimento da demanda, avaliando-a da forma mais resolutiva possível, acessando os espaços, profissionais e terapeutas existentes quando necessário, com responsabilização “longitudinal” pelo doente (crônico ou não) por parte de um profissional específico, personalizado. E haveria que ter espaços para exploração melhor de diagnósticos e terapêuticas, acompanhamento dos crônicos, atendimentos de intercorrências clínicas, preferentemente explorando áreas de maior habilidade e interesse do profissional (por tendência pessoal, especialização profissional etc.), buscando fomentar seus interesses comunicativos e

[33] Nesse sentido, as estratégias assistenciais tipo “médico de família” podem ser um campo fértil parra desenvolvimento das propostas aqui defendidas.

alguma convergência entre estes e determinados interesses estratégicos. Os doentes crônicos beneficiam-se muito de acompanhamento continuado com um mesmo profissional de referência e necessitam tempo para discussão de terapêuticas não-alopáticas por ventura cabíveis, bem como vinculação do paciente a outros ambientes terapêuticos ou tipos de terapias voltadas para o crescimento de sua autonomia (os hipertensos, diabéticos, cardiopatas, asmáticos, reumáticos, “lombálgicos” são os típicos exemplos).

Há que explorar as noções de campos e núcleos de responsabilidades, já mencionadas. Os campos de atuação e responsabilização, enquanto trabalhos comuns a todos os profissionais, passam a ser revalorizados transdisciplinarmente, ampliando-se em extensão e em profundidade, melhorando o acesso, o acolhimento nos serviços, o vínculo terapêutico, a humanização e o respeito pelos cidadãos. Os campos de competência também podem ser enriquecidos a partir do aproveitamento dos núcleos de competências específicas das corporações profissionais e dos profissionais específicos de cada serviço, em geral diferenciados em alguma área de saber e atuação de sua preferência pessoal ou formação prévia.

Outro tema crítico é a avaliação do trabalho clínico. Como avaliar a clínica? Muito difícil. Pelo prontuário? Muito incerto. Há ótimos clínicos com letras ilegíveis e anotações telegráficas, assim como o oposto: ruins com anotações impecáveis. Há indícios? Sim. O clima cotidiano de discussão de caso, o interesse pela resolução diagnóstica e terapêutica, a preocupação em criar vínculo mas ao mesmo tempo não gerar demanda desnecessária, a economia em sintomáticos, a busca de terapêuticas além-biomedicina, a boa vontade para aprender: todos sinais indiretos da qualidade do trabalho clínico desmedicalizante. Também a versatilidade pode ser um indicador e um ponto sobre o qual trabalhar, pois diz respeito à eqüidade. É uma palavra difícil e refere-se ao difícil ato de julgar corretamente e assim proceder às diferentes necessidades dos pacientes: dar a todos o que eles precisam. É preciso tratar, pois, diferentemente, a todas as pessoas, diferentes que são, com igual respeito, dando-lhes o que de melhor se pode dar, o que será sempre diferente para cada caso. Para isso, é preciso versatilidade: para compatibilizar as diferentes posturas, diferentes condutas, diferentes recursos diagnósticos e terapêuticos, no limite diferentes medicinas que os diferentes problemas trazidos pelos pacientes, de demanda espontânea ou não, exigem. E se não os temos todos, precisamos construir a versatilidade para improvisar, variar, inventar soluções. Isso é dito relacionado à

atenção individual, mas acreditamos que vale também para os problemas de ordem coletiva, social, sanitária.

Outro indicador preciso da boa atenção à saúde, ou das condições de construção dela, é o grau de permeabilidade dos profissionais e dos serviços à discussão da terapêutica, das condutas terapêuticas (curativas e ou preventivas) efetivamente indicadas e oferecidas na atenção cotidiana, inclusive no ato da decisão terapêutica. Sob o ponto de vista da medicalização e da "eticização" das práticas correntes, esse é um ponto crucial, um *nó crítico*, como já comentamos.

Esse conjunto de preocupações deve ser, a nosso ver, objeto fundamental da gerência e da equipe inteira de saúde: o "resto", todas as atividades-meio, todas as normatizações centralizadas, devem estar ao serviço da terapêutica individual e coletiva, envolvendo doentes, grupos e meio-ambiente sanitário e cultural. E devem poder ser analisadas e discutidas em cada serviço à luz de suas peculiaridades locais e de sua missão de *cura.* Se as atividades-meio não podem ser postas em segundo plano, elas não podem obstruir, falsear, atrapalhar ou impedir que as ações e iniciativas que realizam o caráter terapêutico e desmedicalizante das ações em saúde, individuais ou coletivas, se dêem.

Por fim, tudo isso é importante de se indicar dado que há a necessidade de se transformar culturas organizacionais e modelos de atenção à saúde, freqüentes entre nós, que permitem que os registros estejam em ordem, que as agendas estejam cheias, que os serviços sejam organizados, que as produtividades sejam cumpridas ao mesmo tempo em que convivem com o abandono dos pacientes à medicalizante rotina de receitação de remédios, pedidos de exames e encaminhamentos e quase nada mais, com a repressão intra-domiciliar da demanda, com geração artificial de demanda por baixa "resolutividade" e "empurroterapia", com ausência de vínculo terapêutico, com iatrogenias progressivas e com a medicalização desenfreada da cultura em saúde e da vida de cada um.

Referências bibliográficas

ADORNO, T.W.; HORKHEIMER,M. **Sociologica II**. Madrid: Taurus, 1986.

_____. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA, E. **As razões da terapêutica.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS)/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1996. (Tese de doutorado).

ALMEIDA Fº., N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador-Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992.

_____ O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia. In: **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. Caos e causa em epidemiologia. In: **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: CoopMed/Abrasco, 1994, p.117-126.

ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras,** 21ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1995.

ARANA, H.G. **Discurso sobre o método fenomenológico**. Campinas: Faculdade de Educação/UNICAMP, 1987. (Tese de doutorado)

ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. **Journal of American Medical Association**, **(279):**19, p.1548-53, maio, 1998.

ÁVILA-PIRES, F.D. Teoria e prática das práticas alternativas. **Revista de Saúde Pública**, **(29)**:2, p.147-151, 1995.

BARBOSA, S.R.C.S. **Qualidade de vida e suas metáforas: uma reflexão sócio-ambiental**. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH)/UNICAMP, 1996. (Tese de doutorado).

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1996.

BARROS, D.D.: A desinstitucionalização é a desospitalização ou desconstrução? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, **(1)**:2, 1990, p.101-105.

BARROS, N.F. **Médicos em crise e em opção: uma análise das práticas não-biomédicas em Campinas**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997a. (Tese de mestrado).

_____. **O instituinte e o instituído: o paralelo entre a Saúde Coletiva e a Medicina Complementar a partir da década de 50**. Campinas: 1997b, 13p., mimeo. (Comunicação oral apresentada ao V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva)

BASAGLIA, F. & BASAGLIA, F.O. Crimini di pace. In: BASAGLIA, F. **Scritti II** Torino: Einaudi, 1982.

BERGER, P.I. **Perspectivas sociológicas: uma visão humanista,** 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 1983.

BERGER, P.L., LUCKMANN, T. **A construção social da realidade,** 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

BIROLINI, D. A mão que controla a caneta. **Medicina: Conselho Federal**. **(12)**:90, fevereiro, 1998, p.24. (Jornal do Conselho Federal de Medicina)

BAUDRILLARD, J. **À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

CAMARGO Jr., K.R. **(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1985. (Tese de mestrado).

_____. **O conceito de paradigma em Kuhn: aplicação na epistemologia do saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992a. (mimeo)

_____. (Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva, (2):**1, 1992b.

_____. **Paradigmas, ciência e saber médico**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992c. 20p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.6)

_____. **O Paradigma clínico-epidemiológico e a construção da racionalidade médica contemporânea: o caso da AIDS.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992d. (Projeto de tese de doutorado).

CAMARGO Jr., K.R; MATTOS,R.A.;VIANNA,C.M.M. **Paradigmas, ciência e saber médico: uma discussão**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993a. 52p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 31)

CAMARGO Jr., K.R. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993b. (Série Estudos em saúde coletiva, n.65).

_____. **As ciências da AIDS & e a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

_____. **A racionalidade médica - um estudo de caso: o ambulatório de medicina integral**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994a. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.99).

CAMPOS, G.W. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1982.

_____; MERHY, E; NUNES, E. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec: 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994, p.29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

_____. Viabilidade do SUS. Apostila do curso de pós-graduação do Departamento de medicina Preventiva e Social da FCM – UNICAMP, 1997b.

_____. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Campinas: 1997c. 22p. mimeo.

_____. **Clínica e reabilitação do sujeito e o trabalho em equipe**. Campinas: 1998. 5p. mimeo.

CAMPOS, F.C.B. & HENRIQUES, C.M.P.(orgs.) **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CAPAZZOLO, A. A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico: um estudo em unidades básicas do município de Diadema-SP**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997. (Tese de mestrado).

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1980a.

_____. **O tao da física**. São Paulo: Cultrix, 1980b.

_____. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARVALHO, M.T. **A contribuição da racionalidade homeopática na construção de um modelo de atenção usuário-centrado no serviço público: relato de uma experiência**. Campinas: 1998, mimeo. (Monografia apresentada ao curso de especialização em Homeopatia da Associação Paulista de Homeopatia).

CASTIEL, L.D. O estresse na pesquisa epidemiológica o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde doença. **Physis: revista de saúde coletiva**, **(3):**1, p.91-106, 1993.

_____. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano.** Campinas: Papirus, 1994.

CECÍLIO, L.C. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p. 151-167.

_____. Modelos tecno-assistenciais sem saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, **(13)**:3, julho/setembro, 1997b, p.469-478.

CHACRA, F.C. **Necessidades de saúde e diagnósticos médicos: crianças em idade escolar, seus incômodos e o desejo de comunicação com a medicina**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1995. (Tese de mestrado).

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, A. M. **Riqueza de pobre: um estudo em antropologia da saúde**. Brasília, 1978. (Tese de mestrado em Antropologia Social).

COSTA, D.C.(org) **Epidemiologia: teoria e objeto,** 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**, 2ª ed.. Rio de Janeiro: Ed. Eldorado, 1973. (Coleção QUID).

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOSSEY, L. **Espaço, tempo e medicina**. São Paulo: Cultrix, 1998.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

_____. Os *Nervos* e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, **(3):**2, 1993.

DUPUY, J.P., KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores, volume Durkheim, pp. 70-162).

FELDMAN C.; KORNFIELD, J. **Histórias da alma, histórias do coração: parábolas e narrativas do caminho espiritual na contemporaneidade** São Paulo: Pioneira, 1994.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1ª ed., 14ª reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, J. "Semiologia do corpo" In: **Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.** Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1995.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FEYERABEND, P. **Adeus à razão**. Lisboa: Edições 70, 1991.

_____. **Contra o método**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

_____ **As palavras e as coisas**, 5ª ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1990.

GIACOIA Jr., O. Hans Jonas: o príncipio responsabilidade. **Cadernos de história e filosofia da ciência**. Série 3, **(6):**2, jul-dez. 1996, p.63-84.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GOFFMAN, E. A elaboração da face. In: FIGUEIRA,S. A.(org.). **Psicanálise e Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.76-114. (Coleção Psicologia e Psicanálise) .

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva,1974. (Coleção debates).

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GUIMARÃES, M.B.L.; PELLOGGIE, M.; LUZ, M.T. **A intuição na prática médica**. Rio de janeiro: 1998, 29p. mimeo, (No prelo pela Série Estudos em Saúde Coletiva do IMS/UERJ.)

HABERMAS, J. **Teoria de la ación comunicativa.** Madrid: Taurus, 1989.

HERMAN, J. The demise of the randomized controlled trial. **Journal of clinical epidemiology**. **(48):**7, p.985-988, 1995.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: revista de saúde coletiva. (1):** 2, 1991.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas - sexta investigação: elementos de um elucidação fenomenológica do conhecimento.** São Paulo: Abril, 1980, (Coleção Os Pensadores)

HORKHEIMER, M. La rebelión de la naturaleza. In _____ : **Crítica de la razón instrumental**. Buenos Aires: SUR, 1973. p.101-137.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JAPIASSU, H. & MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**, 2ª ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

KIENE, H. Placebo effect and placebo concept: a critical methodological and conceptual analysis of reports on the magnitude of the placebo effect. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, **(2):** 6, 1996.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. Lógica da descoberta ou psicologia da invetigação? In: kUHN, T.S. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1989a, p.323-352.

_____. Reconsiderações acerca dos paradigmas. In: kUHN, T.S. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1989b, p.353-382.

_____. Objetividade, juízo de valor e escolha teórica. In: kUHN, T.S. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1989c, p.383-406.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LAPLANTINE F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LATOUR, B. ; WOLLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O.F. (org.) **Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.** Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1995.

LEAL, O. F.(org.) **Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.** Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1995a.

LEVIN, J.S; GLASS T.A; KUHI, L.H.; SCHUCK, J.R.; STEELE, L.; JONAS, W.B. Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine: a methodological manifesto. **Medical care**, **(35):**11, p.1079-1094.

LÉVI-STRAUSS, C. Magia e religião. In: **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1975, p.193-276. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário, 7)

LUIJPEN, W. **Introdução à fenomenologia existencial**, São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.

LUZ, D. **Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).

LUZ, H.S. **Racionalidades médicas: a medicina homeopática.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série: Estudos em Saúde Coletiva, 64, IMS/UERJ).

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. A separação entre a arte de curar e o conhecimento das doenças. In: LUZ, M.T. (org.) **1º Seminário – projeto "Racionalidades Médicas" (Med. Ocid. Mod.; Med. Trad. Chinesa; Med. Ayurvédica e Homeopatia)**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992, p. 2-30, mimeo.

_____. Racionalidades médicas e sistemas de conhecimento: roteiro teórico para uma abordagem comparativa de "Medicinas alternativas" em ciências sociais. In: LUZ, M. T. (org.) **II Seminário do projeto "Racionalidades médicas"**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993, 74 p., mimeo.

LUZ, M.T. **A arte de curar e a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995, mimeo. (Tese de Professor Titular).

_____. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62)

_____ .(org.) **Relatório do 7º seminário do projeto "Racionalidades médicas".** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, 268p, mimeo.

_____. **Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde pública do município do Rio de janeiro**. Rio de janeiro: 1998, 30p, mimeo. (Comunicação à XXI Reunião Brasileira de Antropologia da Associação Brasileira de Antropologia, Vitória - ES, abril de 1998).

LYOTARD, J.F. **A fenomenologia**. São Paulo: Difel, 1967. (Coleção Saber atual).

MACHADO, M.H. (coord.). Perfil dos médicos no Brasil. **Dados**, 19, junho de 1996, 31p. (Publicação da FIOCRUZ, projeto "RADIS – Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde").

MARCONDES, E. O paradigma do ensino médico. **Médicos**, **(1):**3, julho-agosto, 1998, p.93 (Publicação bimestral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

MARQUES, E.A. **Racionalidades médicas: medicina ayurvédica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 75).

MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1986. (Tese de doutorado).

MENDES GONÇALVES, R.B. Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas**.** In: **Epidemiologia: teoria e objeto**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. p - .

MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.197-228.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b, p.71-113.

_____; CHAKKOUR M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997c, pp.113-161.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Campinas, 1997d, 20pp., mimeo.

_____. **Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde**. Campinas, 1998, 20pp, mimeo.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 1993.

MORA, J.F. **Dicionário de filosofia**. Lisboa: Dom Quixote, 1982.

MORIN, E.: **O problema epistemológico da complexidade**. Portugal: Europa-América, 1983.

_____. **O método I: a natureza da natureza**. 2ª ed., Lisboa: Publicações Europa-América, 1980.

MOSES, L.E. Measuring effects without randomized trials? Options, problems, challenges. **Medical care**. **(33):**4, p.AS8-AS14, *supplement*, 1995.

MÜLLER, M.L. Vittorio Hösle: uma filosofia da crise ecológica. **Cadernos de história e filosofia da ciência**. Série 3, **(6):**2, p.9-62, jul-dez, 1996.

NAVARRO, V. The industrialization of fetishisn or the fetishism of industrialization, a critique of Ivan Illich. **International Journal of Health Services**. **(5):**3, p.351-371, 1975.

NASCIMENTO, M.C. **Da panacéia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. (Tese de mestrado).

NIETZSCHE, F. **Assim falava Zaratustra**. 2ª ed. São Paulo: Logos, 1956.

NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO Jr. **Dois tópicos para uma discussão sobre medicina e ciência**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998, 20pp. (No prelo na Série Estudos em Saúde Coletiva).

NOGUEIRA, R.P. **Risco, confiança e satisfação: a contingência da saúde na modernidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, mimeo. (Projeto de tese de doutorado).

PATEL, M. S. Evaluation of holistic medicine. **Social science & medicine**. **(24):**2, p.169-175, 1987.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e leis da natureza**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

QUEIROZ, M. S. Curandeiros do mato, curandeiras da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape. **Ciência e cultura**, (32):1, p.31-47, janeiro de 1980.

_____. Hot ans Cold Classification in Tradicional Iguape medicine. **Ethnology**, **(23):**1, p.63-72, 1984.

_____. O paradigma mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**. **(20):**4, p.309-17, 1986.

_____. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública. (25):**.4, p.318-25, 1991.

QUEIROZ, M.S; CANESQUI, A.M. **Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil.** Campinas: UNICAMP, s/d. mimeo.

RAMOS Jr, J. **Semiotécnica da observação clínica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1973.

RIBEIRO, J.M. **Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995. (Tese de doutorado).

RIBEIRO Jr., J. **Fenomenologia**. São Paulo: Pancast , 1991.

RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro **(12):**3, jul-set 1996. p.357-372

_____. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RODRIGUES, R. **A crise da medicina: prática e saber**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1979. (Dissertação de mestrado).

ROTELLI, F.;LEONARDIS, O.;MAURI, D.;RISIO,C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. (organização: Fernanda Nicácio)

SACKS, O.W. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997a.

_____. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu: e outras histórias clínicas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997b.

SAHTOURIS, E. **A dança da terra: sistemas vivos em evolução: uma nova visão da biologia**. Rio de janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1998. (Coleção Tendências do milênio, 2).

SANTOS, B. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Campus: Rio de Janeiro, 1982.

SAYD, J.D. **Mediar, medicar, remediar; aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCHÄFER,L.; SCHNELLE,T. Los fundamentos de la vision sociologica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciencia. In: FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p.9-42. (Introdução).

SCHNEIDER, M. **Uma lição de vida**. São Paulo: Cultrix, 1987.

SCHRAIBER, L.B. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. **O médico e seu trabalho: limites e liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de saúde pública**, **(11):**1, p.57-64, jan/mar, 1995.

SCHUTZ A. **Fenomenologia e relação sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SILVESTRE, J.A; KALACHE,A.;RAMOS, L.R.; VERAS, R.P. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arquivos de geriatria e gerontologia**, **(0):**1, set.. 1996.

SILVESTRE, J.A **Programa Saúde do Adulto idoso**. (Apostila: Coordenador de Doenças Crônico Degenerativas do Ministério da Saúde e professor de medicina geriátrica da Universidade do Rio Grande e anotações de aula). Prefeitura de São José dos Campos - Treinamento de saúde do idoso, 1998. mimeo

SPINELLI, H.G. **Razão, saúde e violência: ou a (im)potência da racionalidade médico-científica.** Campinas: DMPS/UNICAMP, 1998. (Tese de doutorado).

STRAUS, J.L. & CAVANAUGH, S.A. Placebo effects: issues for clinical practice in Psychiatry and medicina. **Psychosomatics (37):**4, pp.315-326, jul-aug 1996.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TEIXEIRA, B.C. **A atenção a usuários de unidades de saúde tendo o espaço grupal como síntese**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1996. (Projeto de pesquisa apresentado ao DMPS para seleção de mestrado). mimeo

TESSER, C. D. A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais. **Saúde em debate**, 45, dezembro, 1994, p.38-43. (Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES)

TESSER, C. D. **Positivismo, fenomenologia e crise da medicina: reflexões exploratórias**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997, 29p. mimeo.

VARELA, F. & COUTINHO, A. Second generation immune networks. **Immunology today**, **(12):**5, p159-166, 1991.