UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série

Série Didática

# Estudos em Saúde Coletiva

## MEDICINA, MÉDICOS, DOENÇAS E TERAPÊUTICA: EXAME CRÍTICO DE ALGUNS CONCEITOS

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

ISSN 1413-7909

NOVEMBRO 1998 Nº170

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**REITOR**
ANTONIO CELSO ALVES PEREIRA

**VICE-REITORA**
NILCÉA FREIRE

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**DIRETOR**
RICARDO ANTONIO WANDERLEY TAVARES

**VICE-DIRETOR**
MARIO ROBERTO DAL POZ

*Série*
***Estudos em Saúde Coletiva*** **. ISSN 1413-7909**
É UMA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS PARA DISCUSSÃO DO
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL** DA
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,**
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

**EDITOR**
GEORGE E. M. KORNIS

**PRODUTORA EXECUTIVA**
DEANE CASTELLIANO

**COPIDESQUE E REVISÃO**
ANA SILVIA GESTEIRA

**DESIGNERS**
SILVIA STEINBERG
MARCELLUS SCHNELL

**PRODUÇÃO GRÁFICA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA**
DANIELLE TAVARES

**CONSELHO EDITORIAL**
CID MANSO DE MELLO VIANNA *Depto. de Planejamento e Administração em Saúde*
LUIZ ANTÔNIO DE CASTRO SANTOS *Depto. de Políticas e Instituições de Saúde*
ROSELY SICHIERI *Depto. de Epidemiologia*

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/SISBI/SERPROT

S485 Camargo Júnior, Kenneth Rochel de.
Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos / Kenneth Rochel de Camargo Júnior. - Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.
14p. - (Série estudos em saúde coletiva; n.170)

Bibliografia: p.13-14.
ISSN 1413-7909

1. Medicina Social . 2. Política de saúde. I. Universidade do estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. II. Título. III. Série.

CDU 616-058

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série *Estudos em Saúde Coletiva*

# MEDICINA, MÉDICOS, DOENÇAS E TERAPÊUTICA: EXAME CRÍTICO DE ALGUNS CONCEITOS

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

ISSN 1413-7909

NOVEMBRO 1998 Nº **170**

**MEDICINA, MÉDICOS, DOENÇAS E TERAPÊUTICA: EXAME CRÍTICO DE ALGUNS CONCEITOS** **03**

Resumo/Abstract 03
Apresentação 04
Parte I - A teoria das doenças 04
Parte II - A tarefa médica: examinar, diagnosticar e tratar 08
Referências bibliográficas 13

# Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

## Resumo

*Este texto analisa as definições de termos como doença, médico e medicina, procurando, por um lado, demonstrar a necessidade de um exame crítico de termos de uso corrente, e por outro apontar as conseqüências decorrentes de algumas implicações destes termos na prática médica, em especial a concepção de doença. O texto aponta ainda a importância e a primazia dos aspectos éticos com relação aos técnicos na prática terapêutica, assinalando as dificuldades surgidas quando esta subordinação se inverte.*

## Abstract

*This paper analyses the definitions of terms such as disease, physician and medicine, in an attempt to demonstrate, on one hand, the need to critically examine terms in current use and, on the other, the consequences that arise from some of the implications of these terms in actual medical practice. It also points out the importance and precedence of the ethical aspects in relation to the technical ones in the medical practice, stressing the difficulties spawned from an inversion of such relationship.*



KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR. PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE - IMS/UERJ.

## Apresentação

Este texto apresenta, de um modo acessível a estudantes de graduação, parte dos pressupostos teórico-metodológicos e dos resultados derivados da linha de pesquisa Racionalidades Médicas, no que se refere à Medicina Ocidental ou **Biomedicina**. Sua estrutura veio sendo desenhada e aperfeiçoada ao longo dos últimos quatro anos, a partir da experiência de exposição desses conteúdos aos alunos do primeiro período do curso médico na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que cursam a disciplina Fundamentos de Saúde da Comunidade, a cargo do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ.

É a esses alunos que este texto se dirige e a eles é dedicado.

Agradeço ainda aos professores Ruben Matos e Jane Dutra Sayd os comentários valiosos, essenciais para a atual redação.

## Parte I - A teoria das doenças

Usamos em nossa vida diária uma série de "ferramentas" mentais com a mesma desatenção com que utilizamos ferramentas propriamente ditas. Normalmente não nos interrogamos como um martelo é fabricado, que outros usos poderia ter, como foi inventado ou coisas semelhantes, simplesmente o utilizamos para martelar pregos (ou dedos, se não tivermos muita habilidade). Do mesmo modo, usamos palavras e idéias sem maiores considerações sobre suas origens e peculiaridades. Ao longo de todo o processo de aprendizado, deparamo-nos freqüentemente com determinadas concepções que parecem tão óbvias, naturais, dadas, que dispensariam qualquer reflexão adicional. Um exemplo talvez esclareça melhor o que pretendemos dizer: se perguntarmos a qualquer criança com um mínimo de escolaridade qual a forma da Terra, ela responderá muito provavelmente "redonda"; esta compreensão, porém, é muito recente em termos da história da Humanidade, e a não ser para quem é astronauta, nem ao menos é um dado da experiência direta. Quando refletimos um pouco mais sobre nossas ferramentas de linguagem e pensamento, portanto, descobrimos coisas muitas vezes surpreendentes.

Na linguagem cotidiana utilizamos palavras que podem ter vários significados ou conotações, e essa riqueza é fundamental para a literatura e para a poesia, por exemplo. Nos domínios técnicos, contudo, procura-se estreitar ao máximo a gama de possíveis significados para as palavras que exprimem as idéias fundamentais dos vários campos de conhecimento: utilizamos **conceitos**, que serão tão melhores quanto mais especificamente definidos forem. Por outro lado, acompanhar como um conceito se forma, adquire significado e se transforma num determinado campo científico é uma importante ferramenta de exploração filosófica e histórica da ciência. Com efeito, essa trilha foi percorrida por dois dos mais importantes autores franceses na área de filosofia da ciência: Gaston Bachelard e Georges Canguilhem.

Nesta parte do texto, vamos examinar o que se esconde por trás da palavra "doença". A seção seguinte mostra o papel central que as doenças ocupam na medicina; por enquanto, peço apenas que se aceite provisoriamente esta informação.

Preliminarmente, é forçoso reconhecer-se que **doença** não é um conceito, porque este termo nunca é definido na literatura médica. Isto pode ser verificado pela simples consulta a qualquer compêndio ou manual médico: estes são usualmente um catálogo de doenças, apresentando descrições detalhadas de coisas como *diabetes mellitus*, insuficiência cardíaca congestiva ou *lupus* eritematoso, sem que se explique, contudo, o que essas "coisas" têm em comum. Chega-se ao requinte de ter-se criado uma Classificação Internacional de Doenças, já em sua décima edição, sem que se defina o que, afinal de contas, se está classificando.

Esta situação peculiar não é prerrogativa do termo **doença**; se olharmos com atenção, veremos que muitos conceitos centrais do conhecimento médico também não estão formalmente definidos. Isto não quer dizer, contudo, que não haja uma definição destes conceitos; em particular, do que seja uma doença. Observando-se como os textos médicos se referem às doenças, podemos observar algumas características que as definiriam:

- doenças têm existência real, são "coisas";
- como tal, são idênticas em todos os tempos e em todos os lugares;
- doenças têm **causas**;
- doenças são um acometimento orgânico, isto é, deixam marcas no corpo, as **lesões**.

Eu poderia apontar outras características, mas estas são suficientes para a linha de argumentação que pretendo desenvolver. Como em várias outras situações, é interessante observar historicamente como se chegou a essas definições. A moderna definição de doença não é uma descoberta genial de algum cientista brilhante; ao invés disso, é o resultado atual de uma longa linha de acontecimentos que se desenrolaram através de séculos de história.

Antes de descrever, mais ou menos sucintamente, alguns marcos nesta trajetória, é importante assinalar uma coisa: por mais que possamos falar numa História da Medicina que remontaria à Grécia antiga e a Hipócrates, deve-se tomar um certo cuidado nessa passagem. A História da Medicina, como a história das ciências em geral, não é uma narrativa linear de grandes descobrimentos que configuram progressos indiscutíveis; muito ao contrário, há idas e vindas, descontinuidades e rupturas importantes. Sendo assim, querer assimilar a medicina, tal como se pratica hoje no Ocidente industrializado, à da época de Hipócrates, é um artificialismo injustificado. A nossa medicina é, em termos históricos, bastante recente, uma das últimas filhas da revolução científica iniciada no Renascimento.

Não vamos aqui refazer toda a História da Medicina, mas apenas assinalar alguns eventos importantes do ponto de vista do surgimento do moderno conceito de doença. Um marco praticamente consensual do início de uma medicina que poderíamos chamar de medicina moderna é o surgimento da anatomia patológica na virada do século XVIII para o XIX, na Europa. Até então, as doenças eram vistas como um conjunto de sinais e sintomas que não teriam, por assim dizer, "nada a ocultar". A verdade da doença estava naquilo que o doente apresentava. No início da segunda metade do século XVIII, Morgagni publica um livro (*De Sedibus Morborum*), onde introduz a idéia de que as doenças teriam uma sede, expressa por lesões que poderiam ser encontradas no corpo de

suas vítimas mesmo após sua morte. Esta idéia, progressivamente articulada por outros autores, foi decididamente vitoriosa no início do século XIX. Não por acaso, Michel Foucault intitulou o livro que dedicou a esse momento histórico de *O Nascimento da Clínica*.

Há alguns outros marcos importantes, contudo. No final do mesmo século XIX, dois outros avanços na medicina estabelecem marcos importantes: por um lado, temos o desenvolvimento da fisiologia acoplada à clínica, com Claude Bernard; por outro, o nascimento da moderna microbiologia, com Koch e Pasteur, entre outros. Estas duas áreas têm uma importância enorme no desenvolvimento de uma linha fundamental na conceituação moderna de doença: a elucidação de suas **causas**.

Mais recentemente, já neste século, descrevem-se as alterações bioquímicas responsáveis por determinadas doenças hereditárias e, na década de 50, Linus Pauling identifica a seqüência do DNA responsável pela produção da hemoglobina alterada que dá origem à anemia falciforme, conquista que lhe valeu seu primeiro Prêmio Nobel.

Esta rápida (dois séculos em vinte e poucas linhas!) revisão procura mostrar onde se originam alguns dos componentes de nossa descrição tentativa do que seria uma doença. Com isso queremos mostrar que, ao contrário do que se poderia imaginar, as descrições das doenças se alteram com o passar do tempo e sofrem transformações importantes nesse processo.

Resta discutir como se dá a produção destas definições, a partir dos marcos aqui assinalados. De modo resumido, podemos dizer que grandes conjuntos de pessoas com a mesma doença são observados para descrever melhor as características dessa doença. Notaram algo estranho? Como é que se pode definir alguma coisa a partir dela mesma?

Este tipo de raciocínio circular (mais tecnicamente, diríamos **recursivo**), contudo, não é incomum no domínio das ciências, permitindo o refinamento progressivo de conceitos inicialmente difusos. Qual o problema, então? Um primeiro problema é que este processo de refinamento tende a acentuar a tendência das ciências a "esquecer" a história de fabricação dos seus objetos, o que, no nosso caso, reforçaria a tendência a pensar nas doenças como "coisas" com existência concreta.

Um segundo obstáculo, ligado ao primeiro, relaciona-se à dificuldade em perceber o caráter convencional das definições de doença, o que novamente reforçaria a impressão de existência independente. Um exemplo: uma vez que Koch descreve o *Mycobacterium tuberculosis*, a tuberculose passa a ser, **por definição**, a doença causada por este bacilo.

A terceira questão diz respeito à forma como o processo de refinamento das descrições se dá: pelo menos duas disciplinas do campo das ciências médicas trabalham aqui: a clínica e a epidemiologia. A primeira produz descrições genéricas dos quadros mórbidos, e a segunda classicamente dirige-se à observação desses quadros no maior número possível de pessoas, cada qual tendendo a assumir aquilo que a outra constrói como "dados naturais". Isto faz com que a recapitulação do processo de construção e refinamento das categorias diagnósticas seja bastante dificultada, pois os rastros que seguimos periodicamente "desaparecem" no limite de uma disciplina, tornando a reaparecer no interior da outra.

Em resumo, este processo faz com que fique muito mais fácil "esquecer" essa história de construção, o que por sua vez leva também facilmente a esquecer um adágio fundamental da medicina: não existem doenças, e sim doentes. A descrição manualizada de uma doença define um quadro imaginário, que nunca corresponde perfeitamente às situações encontradas na prática clínica.

O que isto quer dizer? Basicamente, uma doença é uma **construção**, um artefato do conhecimento, um recurso que utilizamos como médicos para dar conta dos problemas que nossos pacientes apresentam. Um exemplo tomado de outra área talvez ajude a compreender melhor o sentido em que o termo "construção" é usado nesse contexto.

A astronomia é uma ciência bastante antiga, com suas origens perdidas na história. Desde tempos imemoriais, e em várias culturas, os homens têm-se dedicado a esquadrinhar os céus em busca de augúrios sobre o futuro e também de auxílio para tarefas mais práticas, como a navegação e a determinação da passagem do tempo, processos fundamentais para a organização de várias atividades econômicas e da própria sociedade. Olhando-se o céu noturno num lugar sem muitas luzes artificiais, vê-se uma multidão de estrelas, numa distribuição aparentemente caótica, sem qualquer tipo de organização. Uma das primeiras tarefas dos astrônomos foi precisamente criar um modo de organizar o caos aparente, de modo a criar um sistema de referências que pudesse ser compartilhado por outros astrônomos e por aqueles que, como os navegadores que vagavam à noite pelos mares, utilizassem o seu conhecimento. Já deve estar clara a esta altura a analogia que pretendo fazer: para permitir um esquadrinhamento dos céus e a utilização de cartas celestes, os astrônomos da Antigüidade (e não apenas na nossa cultura) descreveram agrupamentos de estrelas que formariam imagens familiares às suas respectivas culturas (tome-se como exemplo as constelações do zodíaco). Consideremos agora essas constelações: nenhuma delas **existe** de fato, a não ser nas nossas descrições. Examinando-se o céu, não encontramos esboços delineados de plantas, animais, figuras mitológicas ou utensílios domésticos, mas apenas pequenos pontos luminosos. Mais ainda, o avanço da astronomia demonstrou que estrelas de uma mesma constelação encontravam-se a distâncias extremamente variáveis da Terra, não havendo sequer uma verdadeira relação de proximidade entre elas. As constelações são, neste sentido, construções teóricas, sem existência fora do contexto disciplinar da astronomia e das mentes dos astrônomos. Nem por isso deixaram de ter extrema utilidade na história da Humanidade, permitindo entre outros feitos históricos as grandes navegações dos séculos XV e XVI, que mudaram para sempre a face da ocupação humana no planeta.

Assim, analogamente às constelações, pode-se afirmar que as doenças são construções[1]. Isto não significa que sejam fantasias irresponsáveis que devem ser descartadas; ao contrário, a experiência cotidiana mostra o papel fundamental que esta ferramenta desempenha no cuidado dos pacientes.

1. Esta analogia pode ser estendida de modo interessante: da mesma forma que astrônomos de outras culturas descreveram diferentes constelações habitando o mesmo céu, diferentes culturas produziram diferentes descrições das doenças e diferentes modos de combatê-las, sem que se possa afirmar *a priori* que uma delas é mais correta que as outras.

O problema é que, como a definição de doença não é formalmente apresentada, não há discussão, e determinados problemas conceituais simplesmente não são enfrentados. Praticamente cada elemento da nossa descrição tentativa – causa, lesão, orgânico – são termos por sua vez bastante problemáticos, e que merecem uma discussão menos ligeira. O que é uma "causa", por exemplo? Uma questão fundamental, e que não podemos deixar de registrar, é que, pela tendência a assimilar a complexa problemática da doença aos limites do campo biológico, tende-se a excluir outros domínios do conhecimento, igualmente importantes na determinação dessas doenças e, portanto, no seu enfrentamento. Um exemplo: pode-se dizer que a "causa" das diarréias infecciosas é a presença de microorganismos patogênicos no trato intestinal e que, portanto, o modo correto de enfrentá-las é utilizar agentes microbianos. Este é um equívoco grave, contudo, porque este é um exemplo clássico de agravo à saúde que tem claros determinantes sociais, uma questão que será abordada mais à frente.

Mais grave, contudo, é a possibilidade de que, voltando ao início deste texto, as doenças efetivamente tornem-se "coisas", num certo sentido mais reais até mesmo do que as pessoas que as "carregam". Embora isso possa parecer absurdo, basta observar o que acontece com as pessoas que buscam serviços médicos por conta de sofrimentos peculiares que não se encaixam facilmente no catálogo de doenças disponível. Por vezes, coisas terríveis acontecem: essas pessoas são designadas por nomes depreciativos ("pitiáticos"); induzem-nas ao consumo de substâncias do grupo designado dos ansiolíticos ("calmantes"), que quase invariavelmente as levam à dependência; ou ainda submetem-nas a uma série aparentemente infindável de exames cada vez mais complexos – e caros – com impactos negativos tanto na vida delas como no sistema de saúde como um todo. E, mais grave, este tipo de demanda responde por uma parcela considerável (alguns afirmam até que majoritária) da demanda por serviços de saúde. Tudo isso porque, no fundo, o que se supõe é que estas pessoas "não têm nada", isto é, **nada que possa ser registrado como "doença", mas nem por isso menos importante em termos de sofrimento humano**[2].

Quando esses descompassos ocorrem, compromete-se bastante o próprio trabalho médico, mas este é um assunto que será abordado a seguir.

## Parte II - A tarefa médica: examinar, diagnosticar, tratar

A parte anterior deste texto se inicia com uma discussão sobre as surpresas que se escondem atrás de idéias e palavras aparentemente óbvias, que por isso supostamente não necessitariam de maiores discussões.



Esta seção aborda um outro exemplo do mesmo problema. Perguntemo-nos agora: o que é um médico, afinal? Esta pergunta pode parecer sem sentido para pessoas que, supostamente, fizeram sua escolha de formação profissional nesta área. Mas veremos que há mais do que se imagina nesta questão tão simples.

Durante décadas, antropólogos estudaram culturas diferentes das suas (basicamente européias), produzindo descrições detalhadas e brilhantes de povos de todos

2. Algumas vezes ocorre também que simplesmente deixou-se de detectar algum tipo de desordem que deixa de ser tratada por ser considerada um problema "psicológico".

os cantos do mundo. Invertendo um pouco a mão desse procedimento, tentemos imaginar como um antropólogo ianomâmi, se houvesse um, descreveria a ação de médicos no seu trabalho:

> "Os chamados **médicos** ou **doutores** começam ainda muito jovens a freqüentar uma casa, que chamam de 'escola' ou 'faculdade', e nela permanecem quase todo o tempo durante vários anos, realizando estranhos rituais, que às vezes envolvem manipular o corpo dos mortos. Desde o início de sua estadia são obrigados a usar as roupas brancas que parecem identificá-los frente à sua sociedade. Uma vez saindo das 'escolas', passam a viver a maior parte do tempo em outros tipos de casas, com nomes como 'hospital', 'centro de saúde', 'clínica' ou 'ambulatório'. Nesses lugares muitas pessoas os procuram, queixando-se acerca de uma série de problemas; eles as escutam, tomam notas, tocam-nas de forma quase ritual, encostam aparelhos estranhos em seus corpos. Por vezes, executam procedimentos ainda mais estranhos, espetando agulhas, encostando fios em determinadas partes do corpo, deslizando partes de máquinas pela pele, produzindo gráficos, imagens, tabelas. Eles às vezes decidem sozinhos, outras vezes confabulam com colegas, fazem recomendações sobre vários aspectos da vida daquelas pessoas, escrevem uma série de procedimentos que devem ser realizados, na maior parte das vezes envolvendo o uso de substâncias que serão introduzidas no organismo das pessoas que os procuraram. Na maior parte, essas interações se dão em salas especiais, para onde as pessoas se dirigem, se encontram com os médicos e depois vão embora. Com menor freqüência, algumas pessoas são mantidas em estabelecimentos especiais, onde permanecem por alguns dias, realizando vários desses procedimentos, que podem até mesmo envolver a realização de cortes e manipulação direta pelos médicos do interior de seus corpos. Não é claro o que faz com que todas essas pessoas sejam chamadas de 'médicos', tendo em vista que se ocupam de coisas muito diferentes. O único traço comum é o fato de ter passado boa parte de sua vida na 'faculdade', mas mesmo isto é insuficiente como explicação, pois após algum tempo eles já começam a freqüentar lugares muito diferentes e participar de rituais muito diversos uns dos outros."

Em primeiro lugar, vê-se que quase invariavelmente o trabalho médico envolve a interação com pessoas que os procuram – chamadas de pacientes. O que leva um paciente a procurar um médico? Se perguntado, ele ou ela dirá que se sentiu ou se sente mal, que algo está errado com ele ou ela, que tem um "problema de saúde". E eles esperam que os médicos os tirem da enrascada em que se encontram. Uma palavra-chave neste contexto é **sofrimento**; os pacientes sofrem, e esperam a cessação ou ao menos o alívio desse sofrimento.

O que vê o médico, por sua vez? O treinamento profissional e a teoria que aprendeu levam-no a procurar sistematicamente um tipo padronizado de problema que seria de sua alçada, ao qual chamamos de doença. A língua inglesa apresenta duas palavras diferentes para falar desses problemas, *illness* e *disease*, com acepções ligeiramente diferentes. Esta diferença, bastante explorada pela Antropologia Médica, refere-se ao caráter mais pessoal da primeira e mais técnico da segunda, ou seja, *illness* refere-se à percepção do paciente e *disease* à opinião do médico – aproximadamente estaríamos falando de "mal-estar" e "doença".

Uma primeira ordem de problemas aparece justamente nesta discrepância: o que o paciente percebe e o que o médico vê não são necessariamente a "mesma coisa". Na nossa perspectiva, dentro de uma sociedade que se acostumou a tomar a palavra do especialista como expressão última da verdade, a visão do médico é a certa. Sendo assim, a percepção do paciente é subjetiva, imprecisa, não confiável, e a do médico é objetiva, exata: em uma palavra, científica. Uma vez mais, na nossa cultura a palavra "científico" é tomada como sinônimo de verdadeiro, concreto, real.

Como na música *O Quereres*, de Caetano Veloso ("Onde queres revólver, sou coqueiro/Onde queres dinheiro sou paixão/Onde queres descanso sou desejo/ E onde sou só desejo queres não"...) a relação entre médicos e pacientes tem um hiato de significação, como se fossem habitantes de lados opostos de um mundo imaginário – os antípodas da tabela a seguir.

## TABELA I – ANTÍPODAS

| O PACIENTE | O MÉDICO |
|---|---|
| Mal-estar | Doença |
| Não sabe | Sabe |
| Subjetivo | Objetivo |
| Espera | Age |
| Queixa | Examina |
| Supõe | Diagnostica |
| Indefinido | Exato |
| Falso? | Verdadeiro? |

Esta tabela faz uma divisão grosseira, quase caricatural, mas que se esconde na assimetria da relação médico/paciente. E desse desencontro muitos outros nascem; na prática clínica esses descompassos criam continuamente o risco de relegar-se o paciente a um segundo plano, em detrimento da doença. Quando isto ocorre, a doença passa a ser "real", o paciente virtualiza-se.

Percebe-se aqui que a própria concepção de doença merece um exame mais detalhado, e por este motivo o assunto foi objeto de discussão específica. Examinemos um pouco mais alguns dos pressupostos e conseqüências de algumas concepções do senso comum sobre o trabalho médico. Vamos voltar à descrição do nosso antropólogo imaginário. Outro exercício interessante é pensar que este mesmo antropólogo poderia ter usado uma máquina do tempo e observado o que se designava por "medicina" em outros momentos da história, ou ainda observado como esta prática se dá em outros países, como a China ou a Índia, que têm sistemas médicos bastante específicos (e que não serão abordados aqui).

Ele poderia imaginar que os outros povos, ao contrário do seu, não têm muito juízo. Que fazem coisas estranhas quando estão se sentindo mal, em vez de procurar um pajé, como qualquer pessoa sensata faria. Poderia ainda pensar que esses povos

definem com um mesmo nome coisas muito disparatadas (como os tais "médicos"), e dão nomes diferentes para as mesmas coisas (como "cefaléia" e "dor de cabeça"), sem que haja nenhuma razão muito óbvia para isso. Em outras palavras, o que se quer enfatizar aqui é que o que chamamos de "medicina" é uma configuração muito peculiar, característica de nosso tempo e de nossa sociedade, que não nasceu pronta e acabada como uma divindade mitológica, mas que, muito pelo contrário, tem uma história que explica muitas das suas peculiaridades.

Uma característica marcante dessa medicina, que já foi mencionada neste texto, é sua constante invocação das palavras "ciência" e "científico" como uma especificidade de sua prática com relação a outras possíveis concorrentes. Antes de examinar o mérito desta distinção, é necessário um comentário rápido sobre a ciência. Esta é outra daquelas palavras que merecem um pouco mais de reflexão, mas isso extrapolaria bastante os objetivos deste texto. Só para não passar em branco, é interessante assinalar que a ciência, assim como a medicina, também tem sua história; que "científico", como já disse, não é sinônimo de "real" ou "verdadeiro"; e, por fim, peço que aceitem ao menos provisoriamente a idéia de que a ciência é simplesmente um procedimento de construção de modelos que nos permitem interferir em determinados problemas com um mínimo de previsibilidade de nossas ações. Este ponto é importante, porque pretendo enfatizar que não há resposta para tudo na ciência, que nem todo produto da ciência é necessariamente bom, e que não existe uma escala "natural" entre os saberes, onde a ciência ocuparia o topo. Os problemas de que a ciência se ocupa não são necessariamente os mais importantes para a Humanidade, e os problemas mais importantes da Humanidade não têm necessariamente uma solução "científica". Como alcançar a paz mundial? Como acabar com a fome no mundo? Como garantir condições dignas de vida para todas as pessoas? Já que estamos nisso, o que são "condições dignas de vida"? Estas são questões para as quais não se dispõe ou disporá de respostas científicas, seja lá o que se queira dizer com isso. Por outro lado, a ciência também produz conseqüências danosas – exemplos clássicos estão na bomba atômica e na degradação do meio ambiente. Colocando de outro modo, a determinação das necessidades fundamentais da existência humana diz respeito a **valores**, fazendo parte, portanto, do campo da ética e da moral, e não da ciência. A tentativa de subordinar a ética aos ditames da ciência é um dos equívocos característicos do nosso tempo, e possivelmente dos mais desastrosos. Encerrando este ponto, não quero com isso dizer que se deve deixar de lado a ciência – talvez a melhor forma de definir o que acho desejável é a expressão "ciência com consciência".

O que isso tem a ver com a medicina? Aquilo que usualmente se chama de "conhecimento médico" – aqueles livros grossos e caros que alimentam nossos pesadelos nas épocas de provas na faculdade – representa um consolidado derivado deste modo de produção de conhecimentos. Qualquer médico, contudo, concederá de bom grado que este conhecimento não representa a totalidade do acervo necessário a uma boa prática médica. Permitam-me uma analogia: o nome "Stradivarius" é sinônimo da excelência na fabricação de violinos; pois bem: passados séculos da morte de seu criador, nem mesmo a moderna tecnologia conseguiu reproduzir a qualidade sonora de um Stradivarius original. Ou seja, há determinadas práticas que dependem fundamen-

talmente da habilidade e do desenvolvimento do praticante – poderíamos citar, além do ofício do *luthier*, a culinária e as artes marciais de um modo geral. A prática médica tem traços em comum com esses ofícios, porque muito do seu aprendizado é feito através da prática supervisionada por um mestre, e a experiência é fundamental para seu exercício. Isto é quase que diametralmente oposto ao modelo impessoal da ciência moderna. Em suma, nem a ciência é um espelho da natureza, nem a medicina é uma aplicação imediata das teorias científicas.

Um exemplo das diferenças entre o procedimento médico e os métodos científicos está no processo de elaboração de um diagnóstico. A experimentação científica pressupõe a elaboração de hipóteses, que vão sendo cuidadosamente checadas visando a sua eliminação, uma hipótese por vez. Ao propor um diagnóstico, contudo, um médico já formula várias hipóteses (isto é, imagina que doenças poderiam explicar o quadro que se apresenta diante dele) e procura corroborá-las através da realização de procedimentos variados, que usualmente incluem a realização de algum tipo de teste ou prova. Como o processo de formulação de hipóteses diagnósticas é muito rápido (ver, por exemplo, Sackett *et al.*, 1985, no capítulo dedicado ao diagnóstico), isto significa que as hipóteses formuladas já estão presentes nas etapas iniciais do processo diagnóstico, guiando a entrevista com o paciente e as inúmeras decisões que vão sendo tomadas ao longo da consulta ("Devo examinar com mais atenção o seu abdômen? Peço ou não a tomografia? Inicio logo a terapêutica ou espero o resultado dos exames?"). Isto quer dizer que, se não tomarmos cuidado, acabaremos por diagnosticar a doença de nossas conjecturas, em vez de cuidar do paciente do modo mais adequado. Outra implicação importante é que a formulação dessas hipóteses não é, nem pode ser, um processo analítico, onde várias partes vão sendo recolhidas e encaixadas umas às outras até formarem um todo coerente; na formulação das hipóteses iniciais – e com todo o peso que têm, como já vimos, na determinação dos destinos do tratamento – o médico conta com o que uns chamam de "olhar clínico" ou, numa versão mais informal, no reconhecimento do "jeitão" do paciente. Este é um dos aspectos mais fundamentais do papel da experiência na profissão médica, e um dos traços que mais a aproximam de um ofício, já dissemos anteriormente.

Esta característica também está presente – talvez de modo ainda mais intenso – na atividade terapêutica, que se afasta mais ainda do modelo da ciência. Ao contrário do que possa se apregoar, a terapêutica não é uma simples decorrência do diagnóstico, e seu exercício deve muito à bagagem acumulada pelo profissional. Nem todas as decisões terapêuticas podem ser amparadas pela ciência; muitos remédios foram usados por décadas sem que se soubesse como agiam (veja-se o caso do ácido acetilsalicílico, ou ainda do uso de sais de ouro no tratamento da artrite reumatóide), e muitas das opções tomadas por um médico não seguem fielmente as rotinas dos manuais. O importante, contudo, é que nem por isso deixam de ser eficazes.

Em última análise, a ciência fornece ferramentas valiosas para o trabalho médico. Os modelos científicos ajudam a prever até certo ponto o desenrolar de determinados casos e das possíveis intervenções, sendo úteis, por exemplo, na seleção entre alternativas terapêuticas ou diagnósticas. Mas os resultados da intervenção dependem fundamentalmente da habilidade pessoal do médico, e a necessidade dessa intervenção, por sua vez, se inscreve na ordem da ética, não da ciência. Se é que deve haver alguma subordinação, é da segunda (ciência) à primeira, e não o contrário.

## Referências Bibliográficas


ACKERNECHT, Erwin H. *La Médecine Hospitalière à Paris: 1794 – 1848*. Payot, Paris, 1986.

ALMEIDA, Eduardo. *Medicina hospitalar - medicina extra-hospitalar: duas medicinas?* 1988. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ.

BLANK, Nélson. *O raciocínio clínico e os equipamentos médicos*. 1985. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

_____. *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1994.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1982.

FLECK, Ludwik. *Genesis and development of a scientific fact*. University of Chicago Press, Chicago, 1978.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1980.

_____. O nascimento do hospital. In *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro, 1981.

HARRÉ, Rom. *As filosofias da ciência*. Edições 70, Lisboa, 1988.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

KNELLER, George. *A ciência como atividade humana*. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.

KUHN, Thomas S. *A revolução copernicana*. Edições 70, Lisboa, 1990.

_____. *A estrutura das revoluções científicas*. Perspectiva, São Paulo, 1991.

MACMAHON, B. e PUGH, T. F. *Epidemiology: principles and methods*. Little, Brown & Co., Boston, 1970.

LILLIENFELD, D. *Foundations of epidemiology*. Oxford University Press, New York, 1980.

PINTO, Paulo Gabriel H. R. *Saber ver: recursos visuais e a formação médica*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ.

PLASTINO, Carlos Alberto. Os horizontes de Prometeu. Considerações para uma crítica da Modernidade. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 195-216, 1996.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

SACKETT, David L.; HAYNES, R. B. e TUGWELL, Peter. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Little, Brown & Co., Boston, 1985.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Graal, Rio de Janeiro, 1989.

WITTGENSTEIN, Ludwig. *Investigações filosóficas*. Nova Cultural, São Paulo, 1991.

Você pode até não perceber,

mas este é um país cor-de-rosa.

**Leite de Rosas. É único.**

**Matriz**: Rio de Janeiro, Rua Ana Néri, 321.
Tel: (021) 569-5122
**Filiais**: Recife, Rua Frei Caneca, 59 sala 603.
Tel: (081) 224-3923 – São Paulo, Rua Salete,
200 sala 52. Tel: (011) 6950-7269



**ENVIO DE ARTIGOS, VENDAS E PERMUTAS**
SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ
RUA SÃO FRANCISCO XAVIER, 524 - 7º ANDAR - BL. D
MARACANÃ - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20.559-900
TEL.: (021) 587-7303 / 587-7572 / 284-8249
FAX.: (021) 264-1142
E-MAIL: SERIEIMS@UERJ.BR

**IMPRESSÃO E ACABAMENTO**
GRÁFICA DA UERJ

## 1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:

*1.1.* estar escritos na língua portuguesa e tratar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;

*1.2.* ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em *Word for Windows;*

*1.3.* constar de no mínimo 20 e no máximo 70 laudas (30 linhas com 70 toques por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;

*1.4.* estar acompanhados de sumário e de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem um mínimo de três palavras-chave descritoras do conteúdo, também em português e em inglês;

*1.5.* estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);

*1.6.* as NOTAS deverão ser apresentadas no pé das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas destinadas a este fim;

*1.7.* as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos;

*1.8.* os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente, em algarismos romanos;

*1.9.* poderão ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, o ano de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Litton, 1983, p.75);

*1.10.* as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

### Para livros

DIAS, Gonçalves. *Gonçalves Dias*: poesia. Organizada por Manuel Bandeira; revisão crítica por Maximiano de Carvalho e Silva. 11 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1983. 87 p. (Nossos Clássicos, 18)

### Para artigos

MOURA, Alexandrina Sobreira de. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência e Trópico*, Recife, v. 11, n.1, p. 71-78, jan./jun. 1983.

### Para capítulos de livros

LAYTON, E. Conditions of technological development. In: SPIEGEL, Ina, PRICE, Derek de Solla. *Science technology and society*; a cross-disciplinary perspective. California, Sage, 1977. p. 197-222.

### Para trabalhos publicados em Anais

CORDEIRO, Rosa Inês de N. Descrição e representação de fotografias de cenas e fotogramas de filmes: um esquema de indexação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 16. 1991. *Anais*... Salvador: APBEB, 1991. v. 2, p. 1008-1022.

## 2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL

*2.1.* os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;

*2.2.* todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de pelo menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apontada no item 2.1) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

## 3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS

*3.1.* nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias;

*3.2.* após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar procedimento ao copidesque, que deverá ser revisto pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;

*3.3.* os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.1 e 3.2, serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

## 4. PRIORIDADE

Será prioritária a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

## 5. EXEMPLARES PARA OS AUTORES

Os autores terão direito a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constem seus textos.

## 6. CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.

# Textos Publicados em 1997

149. **VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea**
*Madel T. Luz - coordenadora*

150. **VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa**
*Madel T. Luz - coordenadora*

151. **VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Homeopatia**
*Madel T. Luz - coordenadora*

152. **Seminário : A regulamentação dos planos e seguros privados no Brasil**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Carlos Otávio Ocké Reis coordenadores*

153. **Da utopia à realidade - dilemas e consensos na definição da seguridadesocial brasileira na constituição de 1988**
*George E. M. Kornis e Tatiana Wargas de Faria*

154. **Minimização do impacto na saúde de grandes obras de engenharia: uma metodologia**
*Gustavo Brêtas*

155. **De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita**
*Marilene Cabral do Nascimento*

156. **A diferença como singularidade: sobre a questão da feminilidade na obra freudiana**
*Márcia Ramos Arán*

157. **A velhice entre os animais da gerontologia à antropologia social**
**Instituição médica e velhice: o caso da clínica Santa Genoveva**
*Daniel Groisman*

158. **Planejamento de recursos humanos em saúde**
*Gilles Dussault, Orvill Adams e Pierre Fournier*
*tradução, adaptação e apresentação de Mário Dal Poz*

159. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Homeopatia**
*Madel T. Luz - coordenadora*

# Textos Publicados em 1998

160. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa**
*Madel T. Luz - coordenadora*

161. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Cotia (SP)**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

162. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Baturité**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

163. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Barbacena**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

164. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Cocal do Sul**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

165. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; a experência de Olinda e Trindade**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

166. **Relatórios de Pesquisa - Reforma em saúde no Brasil: Programa de saúde da família; Informe Final**
*Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores*

167. **Comparação de representações de corpo, saúde e doença e tratamento em pacientes e terapeutas de Homeopatia, Acupuntura e Biomedicina**
*Madel T. Luz*

168. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Biomedicina**
*Madel T. Luz - coordenadora*

169. **Educação em Saúde e Qualidade de Vida: para Além dos Modelos, a Busca da Comunicação**
*Mônica de Assis*